



HAL
open science

Nouveau Management Public et hôpital en tension : les communications affectives au travail en question.

Marine Aznar

► **To cite this version:**

Marine Aznar. Nouveau Management Public et hôpital en tension : les communications affectives au travail en question.. Sciences de l'information et de la communication. Université Grenoble Alpes [2020-..], 2022. Français. ⟨NNT : 2022GRALL001⟩. ⟨tel-03775741⟩

HAL Id: tel-03775741

<https://theses.hal.science/tel-03775741v1>

Submitted on 13 Sep 2022

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

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



HAL Authorization

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES

École doctorale : LLSH- Langues, Littératures et Sciences Humaines

Spécialité : Sciences de l'Information et de la Communication

Unité de recherche : Groupe de Recherche sur les Enjeux de la Communication

Nouveau Management Public et hôpital en tension : les communications affectives au travail en question.

New public management and upward pressure on hospitals : affective communications at work in question.

Présentée par :

Marine AZNAR

Direction de thèse :

Fabienne MARTIN JUCHAT

Université Grenoble Alpes

Valérie LÉPINE

Université Paul-Valéry-Montpellier

Directrice de thèse

Co-directrice de thèse

Rapporteurs :

Sylvie PARRINI-ALEMANN

PROFESSEUR, CNAM Paris

Thèse soutenue publiquement le **30 mars 2022**, devant le jury composé de :

Fabienne MARTIN JUCHAT

PROFESSEUR DES UNIVERSITES, Université Grenoble Alpes

Directrice de thèse

Valérie LEPINE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES, UNIVERSITE MONTPELLIER 3-PAUL VALERY

Co-directrice de thèse

Jean-Luc BOUILLON

PROFESSEUR DES UNIVERSITES, UNIVERSITE RENNES 2 - HAUTE BRETAGNE

Président

Sylvie PARRINI-ALEMANN

PROFESSEUR, CNAM Paris

Rapporteuse

Luc BONNEVILLE

PROFESSEUR DES UNIVERSITES, UNIVERSITE D'OTTAWA

Examinateur

Viviane CLAVIER

MAITRE DE CONFERENCE, UNIVERSITE GRENOBLE ALPES

Examinatrice

Invités :

George BETTEGA

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER, CH ANNECY GENEVOIS



A Christelle, Marc et Amandine,

Aux soignant.e.s,

Remerciements



La thèse est une aventure initiatique particulièrement épique. Si vous êtes familier des romans initiatiques, vous savez qu'un protagoniste sans adjuvant ne va pas bien loin. J'ai eu la chance immense d'avoir les meilleurs adjuvants pour m'accompagner dans cette aventure. A ce titre, j'adresse mes remerciements infinis :

Tout d'abord à mes directrices de thèse, Fabienne Martin-Juchat et Valérie Lépine. Cela fait déjà six ans que vous me permettez de cheminer à vos côtés et je vous adresse toute ma gratitude pour votre confiance à mon égard. Merci de m'avoir offert l'opportunité de participer à plusieurs projets de recherche, de m'avoir encouragée, poussée et appris à être une meilleure chercheuse. Merci pour votre soutien infaillible et pour nos échanges passionnants. Merci de croire en moi depuis toutes ces années et de m'avoir accompagnée avec toute l'excellence et la bienveillance qui vous caractérisent.

A Isabelle Pailliar et toute l'équipe du GRESEC pour m'avoir offert la possibilité de mener ce travail au sein du laboratoire du GRESEC de l'Université Grenoble Alpes.

Je remercie grandement Jean-Luc Bouillon, Sylvie Parrini-Alemanno, Luc Bonneville, Viviane Clavier et George Bettega pour avoir accepté de participer à ma soutenance et pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

J'adresse, également, toute ma gratitude aux personnels hospitaliers qui ont participé à cette étude pour m'avoir reçue, pour avoir partagé votre quotidien, pour votre confiance, nos échanges et pour l'énergie que vous déployez dans le soin, au quotidien.

J'ai une pensée très émue pour mes collègues du GRESEC. Merci pour vos sourires, pour nos éclats de rire, pour les brainstormings créatifs, pour votre soutien, pour les cafés, pour les pauses au soleil et pour tous les moments passés ensemble. J'ai de la chance de vous compter parmi mes amis. Manon, merci pour tout ce qu'on a partagé.

Je remercie infiniment, Eléonore Perrot, Lucie Bonato et Aurore Cavalière, pour avoir ramené la lumière dans les moments les plus sombres et pour m'avoir appris à créer ma propre lumière.

Merci à mes proches et mes ami.e.s, pour avoir toujours cru en moi beaucoup plus que moi-même et pour m'avoir encouragée jusqu'au bout. Je vous suis infiniment reconnaissante pour tout l'amour que vous m'avez donné.

Enfin, Alexandre, les mots sont peu de choses pour exprimer toute la reconnaissance et l'affection que je te porte. Merci d'avoir été là à chaque instant, d'avoir pris soin de moi quand la thèse prenait toute la place. Merci pour ton invraisemblable patience, tes qualités humaines, ton écoute et tes encouragements constants. Sans toi, ce travail n'existerait pas et je n'en serai pas aussi fière.

Résumé

Nouveau Management Public et hôpital en tension : les communications affectives au travail en question.

Ce travail de recherche se propose d'étudier les liens entre communications affectives au travail et limites des dispositifs info-communicationnels adossés au management dans les organisations publiques de santé. Les communications affectives se traduisent par la mobilisation et la codification des affects en lien avec le contexte dans lequel ils se déploient (Martin-Juchat, 2008). À ce titre, ils peuvent être envisagés comme médias de la culture affective d'une organisation (Martin-Juchat, 2006 ; 2008 ; Dumas, 2016 ; Martin-Juchat et Dumas, 2016). Dans ce travail, nous questionnons la place et l'efficacité de la médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels, adossés au Nouveau Management Public (Hood, 1991 ; Gardère, 2012) au prisme des communications affectives manifestées par les soignants, pour qui les valeurs liées à l'activité jouent un rôle important au quotidien (Lépine, 2012 ; 2018 ; Viard, 2014). La diffusion, depuis les années 1980, du NMP dans le but d'économiser et de rentabiliser les productions publiques, s'inscrit dans une dynamique globale de rationalisation et un modèle gestionnaire de l'exercice du pouvoir. Cela induit, notamment, la multiplication de dispositifs info-communicationnels (Foucault, 1965 ; Jeanneret, 2005 ; Grammatica, 2011) variés dont l'objectif est d'assurer la rationalisation de l'activité (Bonneville, 2003 ; Bouillon, 2004 ; Ogien, 2009 ; Groleau et Mayère, 2009 ; Mayère, 2013 ; 2014). Dans ce contexte, les marches contestataires toujours plus nombreuses et les manifestations affectives des soignants en situation de travail indiquent, selon nous, une forme de résistance affective visible au fonctionnement général de l'organisation. Dans cette perspective, elles sont susceptibles, par extension, de révéler les limites de la médiation symbolique conférée traditionnellement aux dispositifs info-communicationnels. Pour formaliser cette étude, nous avons procédé à la combinaison théorique (Dumas, 2016) d'une Approche Communicationnelle des Organisations (ACO) (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) et d'une Approche Anthropologique par la Communication Affective (Martin-Juchat, 2008 ; 2014 ; 2016 ; Dumas, 2016). Il s'agit de faire le lien entre mettre au jour les dimensions symboliques qui traversent et construisent les organisations et le rôle des affects dans les

processus de normalisation au travail. Nos résultats s'appuient sur une étude de terrain ancrée (Glaser et Strauss, 1965), centrée sur l'appréhension des manifestations affectives des soignants en lien avec les situations de travail, les processus et les politiques de communication, permettant de déterminer, à rebours, la façon dont les valeurs s'incarnent en organisation à travers des processus de communication.

Abstract

New Public Management and hospitals in tension: affective communications at work in question.

This research aims to study the connections between affective communications at work and the limits of the info-communicational devices linked to management in public health organisations. Affective communications result in the mobilisation and codification of affects in relation to the context in which they are deployed (Martin-Juchat, 2008). As such, they can be considered as media of the affective culture of an organisation (Martin-Juchat, 2006; 2008; Dumas, 2016; Martin-Juchat and Dumas, 2016). In this work, we question the place and effectiveness of the symbolic mediation of info-communicational devices based on the New Public Management (Hood, 1991; Gardère, 2012), through the prism of the affective communications manifested by caregivers, for whom the values linked to the activity play an important role in their daily lives (Lépine, 2012; 2018; Viard, 2014). Since the 1980s, the spread of the NMP with the aim of saving money and making public productions more profitable has been part of a global rationalisation dynamic and a management model for the exercise of power. This leads, in particular, to the multiplication of various info-communicational devices (Foucault, 1965; Jeanneret, 2005; Grammacia, 2011) whose objective is to ensure the rationalisation of activity (Bonneville, 2003; Bouillon, 2004; Ogien, 2009; Groleau and Mayère, 2009; Mayère, 2013; 2014). In this context, the ever-increasing number of protests and affective manifestations of caregivers at work indicate, in our view, a form of visible affective resistance to the general functioning of the organisation. In this perspective, they are likely to reveal the limits of the symbolic mediation traditionally conferred on info-communicational devices. To formalise this study, we proceeded to combine (Dumas, 2016) an Approche Communicationnelle des Organisations (ACO) (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) and an Approche Anthropologique par la Communication Affective (Martin-Juchat, 2008; 2014; 2016; Dumas, 2016). The purpose is to link the symbolic dimensions that run through and construct organisations and the role of affects in the processes of normalisation at work. Our results are based on a grounded study (Glaser and Strauss, 1965), centred on understanding the affective

manifestations of caregivers in relation to work situations, communication processes and policies, making it possible to determine how values are embodied in organisations through communication processes.

Sommaire

Tables des illustrations	12
Glossaire.....	14
Préambule.....	23
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	27
Cadre conceptuel de la recherche.....	33
Approche critique de la modernité.....	34
Processus de communication, dispositifs info-communicationnels et médiation symbolique	36
Situations de communication et communications affectives	41
Présentation du questionnement de recherche.....	45
Approche méthodologique	49
Structuration de la thèse	52
PARTIE 1 : APPROCHE COMMUNICATIONNELLE DES DISPOSITIFS INFO-COMMUNICATIONNELS ADOSSÉS AU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC ET COMMUNICATIONS AFFECTIVES.....	55
CHAPITRE 1 : Pour une approche communicationnelle des organisations au prisme des communications affectives.....	59
Section 1 : Les organisations au prisme d'une approche communicationnelle.....	61
Section 2 : Trois niveaux de structuration communicationnelle	72
Section 3 : Les communications affectives au travail	114
Synthèse des acquis.....	123
CHAPITRE 2 : Approche communicationnelle des organisations de santé par les communications affectives des soignants.....	126
Section 1 : Qu'est-ce qu'une organisation de santé ?.....	128
Section 2 : La modernisation du service public	143

Section 3 : Problématisation des limites de la médiation symbolique	160
Synthèse Partie 1 : Enjeux des ACO et de l'approche anthropologique par la communication affective comme cadre théorique	179
PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE D'UNE APPROCHE COMMUNICATIONNELLE DES DISPOSITIFS ADOSSÉS AU NMP, PAR LES COMMUNICATIONS AFFECTIVES DES SOIGNANTS	183
CHAPITRE 1 : Approche communicationnelle des organisations et anthropologie par les communications affectives, quelle méthodologie ?	188
Section 1 : Approche communicationnelle des affects en organisation	189
Section 2 : Enjeux de la méthodologie et posture du chercheur	196
Synthèse des acquis	207
CHAPITRE 2 : Méthodes et terrain empirique	210
Section 1 : Choix des méthodes	210
Section 2 : Présentation contextuelle générale des deux centres hospitaliers choisis	225
Synthèse des acquis	227
CHAPITRE 3 : Le protocole de la recherche.....	229
Section 1 : Organisation des différentes phases de terrain.....	229
Section 2 : Procédés d'analyses.....	239
Synthèse des acquis	267
Synthèse Partie 2 : Enjeux d'une méthodologie à la croisée des ACO, de l'anthropologie par la communication affective et de la théorisation ancrée	270
PARTIE 3 : LES COMMUNICATIONS AFFECTIVES AU TRAVAIL EN QUESTION	278
CHAPITRE 1 : Dispositifs info-communicationnels et activité des soignants. Les limites de la médiation symbolique.	282
Section 1 : Objectifs du NMP, manifestations <i>in situ</i> et identification de dispositifs info-communicationnels.....	283
Section 2 : Les dispositifs info-communicationnels sont-ils vraiment opérateurs du NMP ?	295

Synthèse des acquis	354
CHAPITRE 2 : Manifestations affectives et valeurs en situation	358
Section 1 : Contexte affectif global à l'hôpital.....	361
Section 2 : Valeurs et affects en situation	380
Section 3 : Communications affectives et résolution de situations	407
Synthèse des acquis	417
Synthèse Partie 3 : Manifestations affectives et reconstruction de la médiation symbolique	423
CONCLUSION GENERALE	431
Bibliographie	443

Tables des illustrations

Figures

Figure 1: Modèle de prise en charge infirmière selon P. Viard (2014).....	135
Figure 2: Frise chronologique des réformes de modernisation du système de santé français de 1980 à 2016	154
Figure 3: Modèle de fiche synthèse d'entretien	221
Figure 4: Tableau de synthèse du plan d'exploitation de données	249
Figure 5: « Tropes - Vue globale du processus d'analyse » - Schéma créé et présenté par P. Molette lors de sa communication au colloque Psychologie et communication – Tarbes – Juin 2009.....	260
Figure 6 : « Tropes - Vue globale des analyses sémantiques » - Schéma créé et présenté par P. Molette lors de sa communication au colloque Psychologie et communication – Tarbes – Juin 2009.....	261
Figure 7: Proposition méthodologique pour appréhender les manifestations affectives en organisation	438
Figure 8 : Diagramme d'auto-ethnographie affective face à notre terrain de recherche	439

Tableaux

Tableau 1: Synthèse des états historiques du capitalisme selon Boltanski et Chiapello (1999).	83
Tableau 2 : Synthèse des éléments saillants du « nouvel esprit du capitalisme » présents dans les discours managériaux selon Boltanski et Chiapello (1999).....	85
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des observations et des entretiens in situ.....	211
Tableau 4: Tableau récapitulatif des effectifs avec lesquels sont avons été en contact	215
Tableau 5: Grille d'entretien semi-directif.....	219

Tableau 6: Récapitulatif des observations et entretiens informels menés lors de la phase exploratoire.....	233
Tableau 7: Récapitulatif des objectifs du terrain et des difficultés rencontrées	273
Tableau 8 - Synthèse des mots clefs permettant l'identification des opérateurs du NMP.....	287
Tableau 9 - Synthèse objectifs, manifestations et rationalités du NMP	292
Tableau 10 : Comptage des occurrences affectives tout acteur confondu	362

Graphiques

Graphique 1 : Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <contrôle>	308
Graphique 2 : Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <Contrôle> – Zoom catégorie <Indicateur>.....	310
Graphique 3: Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <Informatisation> - Zoom <Dispositif>.....	326
Graphique 4: Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <Qualité>	346
Graphique 5: Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <Qualité> - zoom <qualité>.....	347
Graphique 6 : Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <qualité> - zoom <sécurité>	347
Graphique 7: Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <qualité> - zoom <moderniser>	348

Glossaire

Affects : L'utilisation du terme affects dans ce manuscrit fait référence au cadre épistémologique présent dans les travaux de F. Martin-Juchat (2005 ; 2008a ; 2008b ; 2014 ; 2016) sur le corps affectif et les communications affectives. Comme terme générique, il désigne à la fois les passions, les émotions et les sentiments.

- Les passions ou pulsions sont des états fusionnels non conscients dont les réactions sont visibles et incontrôlables. Elles sont très expressives et contagieuses.
- Les émotions – du latin *emovere* – mettent les corps en mouvement et conditionnent la mise en mots des sensations. Les émotions sont un processus de réponse instinctif à un stimulus extérieur, verbal ou non verbal. Elles fonctionnent comme une passion.
- Les sentiments peuvent être inconscients ou conscients. Selon A. Damasio (1999), ils sont définis par le temps et l'attention que l'on accorde à une émotion. S'ils sont non conscients, ils ne sont que peu expressifs et leur expression physique sera construite culturellement. S'ils sont conscients, ils pourront être communiqués verbalement.

Il convient de noter que la dimension affective de la communication est principalement médiée par le corps. Il joue un rôle prépondérant dans la médiation entre signaux perçus et expression. Formé par l'éducation et la culture, le « corps affectif » se fait médiateur entre signaux perçus qui structurent nos échanges et expression selon les codes en vigueur dans notre environnement. Selon F. Martin-Juchat (2008) les émotions se composent de deux types de signaux : immédiats et non-conscients d'un côté et symboliques et synthétiques de l'autre. Grâce à un « processus sentimental » le corps articule les signaux qui permettent de faire passer l'émotion par le filtre de l'attention et du jugement et de la transformer en sentiment. Cela donne lieu à différents processus d'expression. Les plus courants sont (Martin-Juchat, 2014) :

- L'empathie, qui correspond à ressentir les mêmes émotions que l'autre tout en ayant conscience de ne pas être l'autre. La chercheuse précise que c'est assez rare.

- La sympathie, qui correspond à ressentir des émotions positives pour l'autre.
- La fusion, qui correspond à ressentir ce que l'autre ressent en pensant être l'autre, elle fonctionne sur un principe de projection identitaire puis affective.
- L'identification, qui consiste à imiter le comportement affectif de quelqu'un d'autre.
- Le transfert, qui consiste à reproduire exactement des schémas affectifs situés en dehors du cadre initial.

AS : Aide-soignant.e

IADE : Infirmière.ier anesthésiste diplômé.e d'Etat

IBODE : Infirmière.ier de bloc opératoire diplômé.e d'Etat

IDE : Infirmière.ier diplômé.e d'Etat

CDS : Cadre de santé

Communications affectives : Le terme de « communication affective » caractérise le processus de mobilisation et de codification des affects dans les interactions sociales, en référence aux travaux de F. Martin-Juchat (2008a). Les travaux sur la « *communication affective* » ont pour objet de mettre en évidence l'« *imbrication entre communication, corps et affects* ». En SIC, F. Martin-Juchat théorise la « *communication affective* » par une approche des « *affects* » comme « *processus communicationnel de performance sociale* » (Martin-Juchat, 2008a, 2008b, 2014, 2016). Cela signifie que l'expression des affects est une action socialement normée, construite à partir des interactions affectives et des codes sociaux auxquels nous avons

été confrontés dans l'enfance. Les manifestations affectives constituent un « *récit culturel* » qui marque l'enfant dès son plus jeune âge et influence les processus de cognition, de sémiotisation et de communication des individus. Les individus utilisent leur corps affectif en lien avec des normes affectives qui structurent notre organisation sociale et conditionnent ce qui est attendu de nous dans certaines situations. Nous postulons sa nature plurielle en vertu de la variété des normes affectives qui composent chaque société et de la variété des manifestations attenantes. C'est pourquoi en dehors du nom de la théorie et des citations, nous utilisons le concept au pluriel.

Communication institutionnelle : La communication institutionnelle désigne de façon générique l'ensemble des productions communicationnelles de l'administration et/ou de la direction d'une organisation à destination des professionnels et/ou du public.

Communication organisationnelle : La communication organisationnelle est le terme générique qui nous permet de désigner l'ensemble des communications qui circulent et structurent une organisation. Elle peut également faire référence au champ disciplinaire des SIC qui étudie les dispositifs, processus et les pratiques communicationnels permettant la construction de dynamiques sociales dans les organisations.

Corps affectif : Le concept de « corps affectif » fait référence aux travaux de F. Martin-Juchat sur les communications affectives (Martin-Juchat, 2008a, 2008b, 2014, 2016) et désigne le corps comme médiateur et média affectif. Cela signifie que notre corps est l'interface principale de nos interactions affectives. Il nous permet à la fois de recevoir et d'articuler les signaux qui composent l'interaction, de générer des émotions en conséquence à partir de nos ensembles de valeurs, puis de manifester une réponse affective en conformité ou non avec les codes sociaux en vigueur dans l'interaction. Dans cette perspective, les manifestations affectives témoignent des processus de normalisation affective du corps en lien avec des codes sociaux donnés.

CSUP : Cadre supérieur de santé

Culture organisationnelle : La culture organisationnelle fait référence à l'ensemble des codes culturels partagés au sein d'une organisation. La culture affective, comprenant l'ensemble des codes affectifs partagés par une ou plusieurs corporations, fait partie de la culture organisationnelle et détermine ce qui est attendu de nous dans certaines situations.

DG : Direction générale ou, suivant contexte, directeur.trice général.e

Discours d'embellissement : La notion de discours d'embellissement est à entendre au sens de « discours normatifs de re-sublimation de l'instance productive et de la valeur travail pour maintenir la mobilisation des hommes. » (Cabedoche, 2014 : 22). Cela signifie qu'elle désigne l'ensemble des discours produits par l'organisation pour enchanter ou ré-enchanter l'activité à partir de la valorisation de la valeur travail dans le but de stimuler l'engagement des parties prenantes de l'activité.

Dispositif : Un dispositif se définit comme un ensemble de discours, d'aménagements signifiants, de supports physiques et de règles d'interactions entre ces éléments (Foucault, 1975). Leur but est de définir et de formaliser les comportements appropriés, c'est-à-dire de rationaliser les actions en vue de la réalisation d'un objectif. En conséquence, ils disposent d'un rôle performatif en lien avec les cadres symboliques de l'organisation. Cela signifie qu'ils sont à la fois le résultat et les opérateurs des cadres symboliques en question. Ils sont, alors, à l'origine de productions de sens contrôlées à trois niveaux : les situations, les processus et les politiques de communication.

Dispositif info-communicationnel : Le dispositif info-communicationnel désigne à la fois les éléments matériels de la communication – à savoir, communément, les technologies de

l'information et de la communication – et également des méthodes, des procédés, des normes et des imaginaires qui définissent les cadres d'expression relatifs à la construction de ces dispositifs (Jeanneret, 2005 ; Rasse, Durampart et Pélissier, 2014). Dans cette perspective ils ne sont jamais neutres et toujours porteur des idéologies sous-tendus par leurs objectifs. Selon les ACO, les dispositifs sont à la fois des cadres pour l'action et des cadres de production de sens normés. Dans la lignée des ACO, nous considérons les dispositifs info-communicationnels (Foucault, 1975 ; Jeanneret, 2005) comme des cadres de production de sens et comme éléments de la construction performative de l'organisation à trois niveaux : les situations, les processus et les politiques de communication.

Manifestations affectives : Nous utilisons, dans ce manuscrit, le terme de « manifestations affectives » de manière générique pour désigner toute forme d'expression verbale ou non verbale en lien avec les « affects ». Nous utilisons le terme de « manifestations » en référence à la phénoménologie d'Husserl (1901 ; 1964 ; 1969 ; 1985). Du latin <manifestare>, se manifester signifie : faire connaître, faire paraître, révéler. Le monde qui nous entoure est composé de « phénomènes », c'est-à-dire des faits, des événements, des éléments qui se donnent à voir et à sentir à la sensibilité de la conscience. Les façons dont nous recevons ces manifestations sont diverses. La conscience ne se limite pas à la connaissance, c'est seulement une forme *possible* de la conscience. Il en existe d'autres, notamment *l'intentionnalité*. Il s'agit d'une forme d'appréhension du monde qui se traduit par une « réaction subjective ». « Être conscient » pour Husserl décrit le mouvement de découverte d'un élément, composé des impressions que nous laisse cet élément, traduites par nos « réactions subjectives ». Le corps est notre première interface avec le monde et nos réactions émanent de notre perception physique des phénomènes. Dans ce travail, nous considérons les manifestations affectives comme des « phénomènes » de « réactions subjectives ». Cela signifie qu'elles désignent des faits, des événements qui se donnent à voir et à sentir à autrui et qui expriment, volontairement ou non, une « réaction subjective » à une situation, par les affects.

Médiation : Il existe plusieurs usages de la notion de médiation en SIC (Davallon, 2003). J. Davallon met en évidence un usage « ordinaire » faisant référence à l'action de servir d'intermédiaire dans une situation de communication, avec l'idée que cet intermédiaire facilite et/ou améliore la situation en question et un second usage « opératoire » regroupant la médiation

médiatique, pédagogique, culturelle, institutionnelle et la médiation en lien avec l'usage des technologies (Davallon, 2003 : 40-44). A partir de l'analyse de travaux en SIC sur la question de la médiation, il met en évidence quatre caractéristiques qui permettraient de la définir (Davallon, 2003 : 43) :

1. L'action de médiation a toujours un « effet » sur le destinataire de la communication.
2. L'action de médiation intègre le sujet de l'interaction à un nouveau contexte, dans cette perspective elle le modifie.
3. Il y a presque toujours débat sur sa forme et sa nature.
4. L'action qui résulte de la médiation transforme l'environnement social dans lequel elle s'inscrit.

Médiation symbolique : Dans notre manuscrit nous nous intéressons à la fonction de médiation symbolique traditionnellement attribuée aux dispositifs info-communicationnels (Quéré, 1985 ; Davallon, 2003). Cela signifie que les dispositifs ont pour fonction, par leur action dans l'organisation, de transformer cette organisation en vertu d'un objectif donné. Cette médiation peut prendre plusieurs formes (Davallon, 2003). Dire que les dispositifs info-communicationnels comprennent une fonction de médiation symbolique signifie en filigrane que ces dispositifs peuvent influencer les éléments symboliques (représentations, valeurs, normes) qui fondent l'organisation et qu'il s'agit de leur objectif. En ce sens, les dispositifs représentent un enjeu stratégique majeur de contrôle dans les organisations.

MonSisra : Il s'agit d'un dispositif régional d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé, comprenant notamment une messagerie, un outil de télémédecine et un point d'accès aux applications de télémédecine de la région. Pour plus d'information : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/dispositif-regional-dechange-zepramonsisra>

Organisation : Le terme organisation peut décrire diverses entités allant de l'entreprise privée aux collectivités territoriales, administrations, en passant par les services publics ou les ONG. Originellement tirée de la métaphore de l'organisme biologique, elle désigne à partir du XIXe siècle « *les entreprises, administrations, associations et partis, structurés selon une*

“rationalité moyen-fin” pour reprendre l’expression de Max Weber, c’est-à-dire selon des modalités “rationnelles légales”[...]. » (Le Moëne, 2008). Selon les ACO, une organisation est appréhendée comme « *entité socialement construite* » et comme construction symbolique. Elle conditionne à la fois l’agencement et la teneur des interactions sociales en son sein – en relayant des discours, des représentations, en participant à la mobilisation et à la production de connaissances et de cadres symboliques. À ce titre, Bouillon, Bourdin et Loneux (2007) considèrent l’organisation comme « *un niveau intermédiaire de structuration sociale, qui joue un rôle crucial dans la mise en relation des niveaux individuel, interindividuel et sociétal* », c’est-à-dire comme « *catégorie conceptuelle* » permettant de saisir comment « *faire organisation* » du niveau micro au niveau macrosocial.

Organisation publique de santé : On appelle couramment « organisations de santé » les établissements dont la mission est d’assurer la prise en charge et la réalisation de soins en fonction des besoins de leurs patients (les hôpitaux, les centres hospitaliers universitaires, les cliniques, les centres de soins) et les organisations de promotion, de prévention et de gestion du secteur santé. Nous nous intéressons plus particulièrement aux organisations publiques de santé c’est-à-dire dont la mission et l’usage s’adressent à tous et dont la gestion et l’entretien revient à l’État ou aux collectivités locales ou régionales. Nous avons choisi de nous concentrer, dans ce travail, sur les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires.

POLISOMA : « Polisoma, du somatique au politique » est un projet de recherche interdisciplinaire porté par Fabienne Martin-Juchat, Pr. SIC (GRESEC, UGA), Thierry Ménissier, Pr. Philosophie (IPHYG, UGA) et Valérie Lépine, à l’époque MCF SIC (GRESEC, UGA) depuis 2015. Il s’est agi de mener une étude sur l’activité affective des cadres de santé en situation de travail et, notamment, de déterminer dans quelles mesures une approche compréhensive des discours sur les pratiques des cadres de santé et les affects permet de mettre en évidence des dynamiques collectives et organisationnelles liées à l’affectivité.

Représentations : Le terme « représentations » est un concept emprunté à la psychologie sociale. Elles se définissent comme un parti pris sur la construction collective de

l'environnement social et de ses croyances (Moscovici, 1984). La conceptualisation des représentations selon S. Moscovici (1984) est fondée sur une approche de la connaissance comme sociale. Selon celui-ci, on ne peut connaître un objet qu'à travers un regard médié par autrui. Ainsi, se représenter c'est connaître un objet dans son rapport médié à autrui et le donner à voir et à savoir par nos interprétations et nos interactions. Les représentations individuelles peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre. Les représentations collectives, quant à elles, varient peu et sont généralement pérennes grâce à une dimension mythique générale stable. Par ailleurs, il convient de noter qu'elles ne sont pas égales à la somme des représentations individuelles.

Service public : Le « service public » se définit comme une doctrine d'administration d'État, qui, par métonymie, est devenue un ensemble d'institutions animées par les mêmes principes : la continuité de service, l'égalité dans le traitement, l'accueil et la prise en charge des usagers, et un effort de réflexivité sur la possibilité d'améliorer les processus de prise en charge. J. Chevallier (2018) met en évidence les principes qui sous-tendent les valeurs du service public à partir de la théorie de L. Duguit (1913) :

- 1) Les acteurs du service public doivent être désintéressés et porter une attention particulière et constante aux besoins des usagers.
- 2) La légitimité du pouvoir de l'Etat dépend entièrement de sa capacité à répondre correctement aux besoins de ses usagers.
- 3) La fonction de service public répond à trois impératifs conditionnant la morale professionnelle de ses agents : « *dignité dans le rapport au pouvoir, sérénité dans le rapport à l'argent et continuité dans le rapport au temps* » Supiot (1989).
- 4)

Soin : Il existe couramment deux conceptions du soin : une définition technique (*cure*) et une définition relationnelle (*care*) (Noël-Hureaux, 2015 ; Molinier, Laugier et Paperman, 2009).

- Le terme « *cure* » désigne l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour viser la guérison et l'absence de maladie ou d'infirmité ;

- Le terme « *care* » s'attache plutôt aux dimensions de proximité, de singularité et d'engagement des parties prenantes dans la relation de soin (Molinier, Laugier et Paperman, 2009).

P. Viard (2014) distingue les orthographes « *soin* » et « *soins* ». La première indiquerait « *une prise en charge singulière d'un être humain bien portant ou malade (un soin)* » alors que la seconde ferait référence à « *l'ensemble des activités ou réflexions sur le sujet (les soins)* ». A ce titre, le soin peut à la fois se définir comme un rapport au corps, une relation et/ou une façon d'appréhender le monde.

Soignants : Nous désignons pas le terme soignant tout personnel hospitalier qui se réclame d'une culture soignante, c'est-à-dire en lien avec les valeurs de la communauté professionnelle des soignants, fondée sur l'accompagnement, la prise en charge patient et la relation de soin.

Valeurs : Les valeurs sont des principes qui guident l'action et les comportements (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014). P. Viard écrit à ce sujet (Viard, 2014 : 127) : « *La valeur a un caractère de mesure et de comparaison. S'il est souvent possible pour l'individu de formuler ses propres valeurs, il peut les définir en partie à partir d'une comparaison sociale. **La valeur est l'un des éléments qui permet à l'acteur social, dans un même processus, d'appartenir et de créer son monde social.** Cette approche phénoménologique des valeurs tendrait à rejoindre la pensée de Husserl dans sa définition de la structure d'un monde intentionnel : « Mon phénomène du monde, objet d'une interrogation transcendantale par le phénoménologue conduit dans l'analyse au phénomène du monde (intentionnel, c'est-à-dire y incluant du sens). » 251. **C'est là l'une des orientations de la recherche en communication, car les valeurs sont rendues accessibles à l'acteur par l'un des axes du sens, celui du sensible, en termes de perception et donc de rapport de signification avec le réel. Sans s'opposer au réel et au symbolique, cet axe en constitue l'une des perspectives de compréhension. Les valeurs n'ont de sens que parce qu'elles peuvent avoir une valorisation et donc une mesure. Les valeurs sont intentionnelles, car, si elles restent imaginées, elles tendent à s'approcher de la morale et de la normalisation, tout en restant mobiles.** »¹*

¹ C'est nous qui mettons en gras.

Préambule

Mis en forme : Paragraphe

Par quoi commence-t-on ? S'agit-il simplement de commencer ? Mais quel commencement ? L'élaboration des réflexions portées par mes soins dans ce travail s'inscrit dans une temporalité d'un peu plus d'une dizaine d'années avec, pourrait-on dire, quatre dates de commencement différentes, dont trois hors de la temporalité du doctorat. Dans ces conditions, il est pertinent d'envisager, comme l'écrit P. Viard (2014), « qu'effectivement « *la recherche [s'inscrive] dans un processus lent, construit par une diachronie complexe* » (Viard, 2014 : 11).

Les lecteurs trouveront des précisions réflexives sur l'élaboration de la problématique et des hypothèses de ce travail de recherche dans l'explicitation du cadre théorique. Je souhaite, en préambule, apporter des éléments plus personnels permettant, notamment, de comprendre le choix du sujet et la mise en œuvre d'une partie de la méthodologie de ce travail. En l'espèce, il s'agit d'explicitier la diachronie des réflexions à l'origine de ce travail doctoral et de donner aux lecteurs les éléments réflexifs nécessaires à la compréhension de notre posture de recherche.

La modernisation et la rationalisation des modèles de gestion publics sont une problématique qui, *a priori*, touche, indifféremment, tous les services publics depuis trente ans. La première question à laquelle on peut répondre dans ce préambule est alors : pourquoi les soignants, pourquoi l'hôpital ? La réponse est à mi-chemin entre une réflexion pragmatique, une opportunité de recherche et mon histoire personnelle, marquée par le soin. Ainsi, si j'avais pertinemment conscience que la rationalisation des modèles de gestion publique est critiquable au regard de toutes les activités de service public, il me fallait faire un choix, circonscrire un terrain précis, pour répondre à l'exigence de faisabilité de l'exercice doctoral. Interviennent alors dans ce choix, à la fois histoire personnelle et opportunité de recherche.

Mon premier contact prolongé avec les hôpitaux a eu lieu entre novembre et décembre 2009. Victime d'un infarctus à l'âge de 16 ans, des suites d'une malformation cardiaque non détectée, je suis hospitalisée en novembre. Puis confinée à domicile jusqu'au 13 décembre et, enfin, de nouveau hospitalisée jusqu'au 24 décembre 2009 pour une opération et des soins de suite. Par la suite, j'ai eu des contacts fréquents avec l'hôpital, durant plusieurs années de surveillance ponctuelle. La plupart du temps en consultation de cardiologie ou en ambulatoire.

Au-delà de l'épreuve physique et émotionnelle de l'infarctus et de l'opération, j'ai été profondément marquée par les conditions de travail dans lesquelles exerçaient les soignants qui m'ont accompagnée. Mon premier contact avec la profession de soignant et leurs conditions de travail s'est donc fait en tant que patiente. Je propose au lecteur une liste non exhaustive de souvenirs marquants :

- les infirmières étaient si débordées que je faisais un tour de marche supplémentaire le soir pour aller chercher mes antidouleurs à 21h, directement au bureau infirmier pour ne pas serrer les dents jusqu'à 1h du matin ;
- elles discutaient fréquemment entre elles de l'épuisement qu'elles ressentaient et de leurs conditions de travail. Conversations attrapées à la volée dans un couloir, pendant mes tours de marche ;
- nous ne disposions que de quatre lits de camp pour tout le service de pédiatrie, donnant lieu à des scènes, relativement surréalistes, de courses dans les couloirs entre parents, pour espérer dormir sur un lit, ou de parents dormant à même le sol sur un drap ;

Pour être tout à fait honnête, si je me souviens du désarroi face à certaines situations, je me souviens surtout du soin et du dévouement avec lequel elles s'occupaient des patients, des fous rires avec les brancardiers et de la détermination des équipes médicales à mon bon rétablissement. Témoin des besoins et désireuse de leur manifester ma vive reconnaissance, j'ai eu très vite l'intention de trouver un moyen de la leur témoigner autrement qu'en disant simplement « Merci de m'avoir sauvé la vie, bonne continuation ! ». En janvier 2010, avec mes proches, nous avons alors créé l'association Amstramgram & Chocolat dont le but est d'organiser des manifestations sportives et culturelles caritatives. Les fonds récoltés sont réinvestis, chaque année, dans des projets d'approvisionnement matériel (lits d'accompagnants, holter, couveuses, etc.) des services de pédiatrie de la région PACA. En filigrane, on peut deviner l'incompréhension et la colère latente de l'adolescente que j'étais, vis-à-vis d'une organisation qui ne donne pas les moyens matériels aux soignants d'exercer sereinement un métier déjà très intense en soi. On peut deviner également une prise de position militante dans la tentative de contournement du système par la création d'une association, dont l'objectif est de compenser les manquements de l'organisation.

Suite à cet épisode, mon intérêt pour la condition des soignants n'a fait que grandir à mesure que les manifestations et les grèves se multipliaient dans les médias et que mon

intérêt pour la résolution de problèmes sociologiques s'affinait, à mi-chemin entre incompréhensions, frustration, colère, revendication et idéalisme. En deuxième année de Master, Fabienne Martin-Juchat (Pr. SIC, GRESEC, UGA) et Valérie Lépine (Pr. SIC, GRESEC, UGA) m'ont offert l'opportunité de participer à un programme de recherche interdisciplinaire nommé POLISOMA « Du somatique au politique ». Ce programme de recherche interdisciplinaire porté par Fabienne Martin-Juchat, Pr. SIC (GRESEC, UGA), Thierry Ménessier, Pr. Philosophie (IPHYG, UGA) et Valérie Lépine, à l'époque MCF SIC (GRESEC, UGA) avait alors pour objectif de mener une étude sur l'activité affective des cadres de proximité en situation de travail. Il s'agissait, notamment, de déterminer dans quelles mesures une approche compréhensive des discours sur les pratiques des cadres de santé et les affects générés par ces pratiques permettait de mettre en évidence des dynamiques collectives et organisationnelles liées à l'affectivité. Cette opportunité m'a, non seulement, permis de faire une première expérience d'un travail de recherche collectif, mais également, par son ouverture au terrain, de renforcer mon intérêt pour les problématiques liées aux conditions de travail des personnels hospitaliers. En remontant le fil des contraintes quotidiennes des cadres de santé, des conditions de travail et de la colère des soignants, j'ai alors pris conscience des formes que pouvait prendre le Nouveau Management Public comme modèle de gestion publique au sein des centres hospitaliers, amenant du même coup les premières réflexions et problématisations à l'origine de ce travail (Aznar, 2016).

Un autre point important qui permettra au lecteur de comprendre la façon dont s'est construit ce travail tient à l'explicitation de mon propre travail émotionnel (Hoschild, 2003 ; Foli, 2018) durant l'exercice de thèse. C'est un exercice exigeant sur plusieurs plans, et si ma première année a été idyllique sur bien des points, j'avoue avoir été surprise dès la deuxième année par des problématiques physiques, liées à un phénomène de somatisation, lui-même engendré par une très grande frustration (administrative, en l'occurrence) et une déficience significative à l'expression de mes émotions. Sensibilisée assez tôt – suite à des problèmes d'anxiété –, aux méthodes d'observation des sensations de la sophrologie, je pratiquais déjà l'appréhension du monde et des interactions par ce canal de l'analyse des sensations, mais les épisodes de somatisation étaient devenus handicapants, il a donc fallu trouver une autre solution. C'est ainsi qu'en parallèle du travail de thèse, et notamment de la phase de terrain, j'ai bénéficié d'un accompagnement à la fois médical (kinésithérapie, ostéopathie, psychologie), d'approches alternatives (sophrologie, relation d'aide par le

toucher) et de développement personnel me permettant d'affiner ma compréhension des processus affectifs et de leurs conséquences sur mon corps. Ce processus a été éclairant sur trois points :

- la synchronicité de ces troubles avec mon travail sur les émotions au travail des soignants a renforcé ma conviction que l'effort de réflexivité est d'une importance capitale dans la formalisation d'un projet de recherche. L'analyse des liens affectifs, conscients ou non, entre le chercheur et son sujet de recherche, apporte un éclairage particulièrement intéressant pour expliciter la construction d'un sujet et pour anticiper le plus de biais possible.
- Suite à la détection de mon hypersensibilité, si elle pouvait être handicapante au quotidien, elle pouvait être aussi un atout considérable pour ma recherche, j'ai donc travaillé dans ce sens.
- Cela m'a notamment aidée, d'un point de vue méthodologique, à anticiper ma posture sur le terrain et à me préserver d'épisodes de fusion trop fréquents avec les soignants. Pour ce faire, j'ai notamment utilisé l'observation systématique de mes sensations, émotions et j'ai surveillé les épisodes de somatisation douloureux en les prenant en note et en les prenant en compte dans l'analyse au même titre que les données de terrain.

Ces éléments personnels permettront au lecteur, je l'espère, à la fois de comprendre mon intérêt pour le sujet de ce manuscrit, la façon dont il s'est construit et les événements qui ont nourri ma posture de recherche. Pour résumer, mon intérêt pour le travail émotionnel des soignants vient à la fois d'un attachement affectif fort au terrain et d'une volonté de témoigner ma pleine reconnaissance à tout un corps de métiers voués au soin de personnes vulnérables, en leur donnant une voix. La formalisation du sujet, en tant que tel, a été la somme de plusieurs événements majeurs survenus dans mon parcours personnel, induisant une posture critique et nécessairement réflexive afin de mener à bien ce projet. L'intérêt d'un tel préambule est de donner au lecteur des éléments d'ordinaire cachés et pourtant nécessaires à la compréhension du manuscrit ci-après. Ces éléments devraient lui permettre de développer un point de vue critique éclairé sur ce travail – ce à quoi je l'invite volontiers, dans l'intérêt de l'évolution des méthodologies d'exploration des communications affectives.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce travail de recherche a pour objectif de penser les transformations des dynamiques d'organisation et de communication des organisations publiques. En France, ces dernières ont subi depuis les années 1980 des changements relatifs au contexte sociopolitique et économique dans lequel elles s'inscrivent. Ce contexte, hérité des structurations intellectuelles et socio-économiques de la modernité (Quéré, 1982 ; Giddens, 1994 ; Boltanski et Chiapello, 1999 ; Martin-Juchat et Staii, 2016 ; Bouillon, 2008), induit une expansion forte du capitalisme et de ses techniques d'organisation et de production fondées sur l'efficacité et la rentabilité. Nous nous intéressons plus particulièrement aux organisations de santé publique, telles que les centres hospitaliers, dont le contexte organisationnel a beaucoup changé depuis les années 2010. En premier lieu, ce sont les manifestations régulières des agents hospitaliers qui ont attiré notre attention. On peut citer, en juin 2019, la grève nationale des urgentistes en réponse à des agressions de personnels et plus largement à la dégradation de leurs conditions de travail ; et plus tragiquement la vague de suicides de l'année 2016 chez les personnels de soin pour des raisons similaires. Ces agents manifestent principalement pour dénoncer le contexte de rationalisation des services publics et son influence sur leurs conditions de travail, l'organisation et les valeurs (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014) du système de soin français. Si ces manifestations sont courantes actuellement, la crise du système socio-sanitaire français (Mayère, Bonneville, Grosjean, 2009 ; Mayère, 2013, 2014) prend en fait ses racines dans les années 1970, et plus précisément après la crise économique de 1973. Cette crise a mené à la mise en place de politiques budgétaires restrictives et – ces trente dernières années – de nouveaux modèles de gestion du service public pour rééquilibrer les budgets, notamment alloués au système de soin. Sous la pression de notre environnement socio-économique fondé sur la qualité, le service continu et la rentabilité, les services publics sont confrontés à une exigence de modernisation.

Ce travail s'inscrit dans la lignée de travaux en Science de l'information et de la communication (SIC) sur les communications organisationnelles. Le champ propose des approches épistémologiques et méthodologiques variées, dont l'objectif est d'appréhender les organisations d'un point de vue communicationnel (Martin-Juchat, 2012 ; D'Almeida et Carayol, 2014). Traditionnellement, il s'agit de mettre en évidence les dimensions communicationnelles présentes au sein des organisations. Depuis 1994 et la constitution du collectif Org&Co, l'objectif pour les chercheurs est de travailler à l'élaboration d'un champ d'études institutionnalisés, au sein duquel il s'agit de penser la relation entre communication et organisation d'un point de vue épistémologique, théorique et méthodologique avec parfois des

approches très différentes (Martin-Juchat, 2012). Les travaux en communications organisationnelles mettent, notamment, l'accent sur le rôle structurant de la communication, ainsi que sur sa dimension organisée et organisante au sein des organisations (Bernard, 2002 ; Vacher, 2009 ; D'Almeida et Carayol, 2014 ; Bouillon, 2008). J.-L. Bouillon (2008) explique, ainsi, que l'approche privilégiée pour théoriser des processus d'organisation a été d'étudier les stratégies d'acteurs, de régulation, de convention et de processus symboliques.

Cependant, il met en évidence que ces travaux ne portent pas leur attention sur les processus communicationnels qui accueillent ces stratégies. Le chercheur théorise les organisations comme des « *entité[s] en évolution permanente, 'construite[s] socialement'* » (Bouillon, 2008 : 67) par l'articulation de différentes dimensions communicationnelles. Les processus communicationnels comprennent les ajustements constants et les dynamiques d'évolutions de ces entités à travers les interactions professionnelles. Dans ces conditions, le fait ne de pas prendre en compte ces processus représente pour Bouillon un « *impensé communicationnel* » du champ (Bouillon, 2008 : 65). L'objectif de ses travaux est de proposer une approche transversale qui permette de « *qualifier les dimensions communicationnelles constitutives des organisations et de les mettre en relation avec les différents processus de coordination qui sous-tendent leur construction sociale et leur institutionnalisation.* » (Bouillon, 2008 : 65). Théorisée sous le nom d'Approche Communicationnelle des Organisations (ACO) (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007), cette approche transversale consiste à accorder une attention particulière à la qualification des différentes dimensions communicationnelles qui traversent l'organisation. Ainsi, il s'agit de mettre en évidence la pluralité des communications organisationnelles et les différentes « *composantes symboliques* » qui les constituent pour mieux saisir l'articulation économique, sociale, technique et politique que sous-tendent les organisations. Nous avons fait le choix d'une ACO comme « *cadre intégrateur* » (Bouillon, 2004 : 2) épistémologique et méthodologique de notre travail. C'est, donc, dans cette perspective que nous nous proposons d'étudier les changements relatifs à la rationalisation des professions de soins et les dispositifs info-communicationnels accompagnant ces transformations.

Le terme d'organisation est une notion complexe qui recouvre plusieurs acceptions. Elle peut désigner à la fois une entité matérielle structurée et des processus de coordination. J.-L. Bouillon, S. Bourdin et C. Loneux (2007) envisagent l'organisation selon deux définitions. Pour les chercheurs, c'est une entité juridique et formelle, inscrite dans un environnement social, économique et politique. Elle est, également, une construction sociale et symbolique qui permet

d'articuler les dimensions communicationnelles (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007, 2008 ; Bouillon, 2008) au sein de la structure. Les processus organisationnels sont formalisés par des dynamiques de coordination. Cela signifie que celle-ci participe de processus collectifs de construction de sens et de connaissances. Cependant, ce n'est pas la seule. Les chercheurs mettent en évidence que ces processus collectifs sont également influencés par les dynamiques de rationalisation contextuelles, les relations interpersonnelles, leurs enjeux et les cadres symboliques de normalisation des représentations des acteurs vis-à-vis de leurs contextes de travail. Toutes ces dimensions s'articulent au travers de dynamiques sociales médiées par la communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). Cela signifie que l'organisation ne se réduit pas aux dimensions communicationnelles qui la traversent. Cependant, l'articulation de ces dimensions apparaît accessible grâce à une approche communicationnelle de celle-ci.

Cette recherche s'intéresse plus particulièrement aux organisations de santé publique. Ces dernières désignent les hôpitaux, les centres hospitaliers universitaires, les cliniques, les centres de soins et également les organisations de promotion, de prévention et de gestion du secteur santé. Nous avons fait le choix de nous concentrer sur les hôpitaux et les centres hospitaliers universitaires. En France, ces organisations sont dites publiques, car elles sont administrées par des collectivités locales et dirigées par l'État. Le travail de soin y est envisagé formellement comme un service, c'est-à-dire comme une mission d'intérêt général et d'utilité sociale, encadré par des protocoles et des procédures devant répondre aux besoins de santé publique des Français. Ces organisations sont d'emblée dotées d'une double charge symbolique qu'il conviendra de définir : ce sont des établissements *publics* et de *soins*. Historiquement, la pratique du soin institutionnalisée et publique en France a toujours été très fortement valorisée que ce soit d'un point de vue religieux ou institutionnel.

Aujourd'hui, les organisations de santé s'inscrivent dans un contexte de transformation des cadres réglementaires et économiques, qui font émerger de nouveaux enjeux en matière d'organisation du travail et de prise en charge patients (Mayère, Grosjean, Bonnneville, 2009). L'un des enjeux est, notamment, d'articuler les exigences économiques avec les politiques de santé publique. Ainsi, depuis les années 1980, l'État a multiplié les réformes de pilotages des organisations publiques de santé en vue d'accroître leur performance, leur efficacité et de rationaliser les budgets. Le modèle de gestion inhérent à ces dynamiques de rationalisation de l'activité publique s'appelle le Nouveau Management Public (NMP) (Hood, 1991 ; Gardère, 2012 ; Ogien, 2009). Il s'agit d'un modèle fondé sur la surveillance des agents producteurs et de la productivité, au moyen d'objectifs quantifiés et de dispositifs de contrôle. Selon E.

Gardère (2012), il y a eu, en France, trois mouvements politiques qui sont, en particulier, à l'origine de la généralisation du NMP : la loi de décentralisation de 1980 qui permet à l'État de se positionner comme pilote intervenant dans les objectifs des organisations publiques ; la loi organique relative aux lois de finances (LOLF, 2001) qui engage le processus de transformation des règles budgétaires et comptables de l'État ; et l'adoption de la révision générale des politiques publiques (RGPP, 2007) qui consiste à diminuer les dépenses publiques, tout en renforçant l'efficacité et la qualité de l'action publique.

J.-C. Moisson (2009) explique que ces réformes ont été l'occasion de repenser les modes de financement, de planification et de gouvernance des organisations de santé. A. Mayère, S. Grosjean et L. Bonneville (2009) mettent en évidence les difficultés d'application de réformes globales émises par des services déconnectés de la pratique de terrain. Selon leur étude, spécialistes et professionnels s'accordent à dire que les conditions de travail dans les organisations de santé publique et, notamment, les centres hospitaliers se dégradent depuis l'instauration de la tarification à l'activité (T2A)². R. Bercot, C. Groleau et A. Mayère (2009) soulignent, à ce titre, que les centres hospitaliers sont confrontés à de nouvelles configurations du travail qui interrogent les dynamiques professionnelles existantes et les processus de coordinations interprofessionnels. Ces nouvelles configurations se fondent sur la quantification et supposent que toute activité soit tracée afin de justifier les budgets obtenus. Elles font, de fait, apparaître un nouvel enjeu stratégique : celui de la production d'information au sein des organisations de santé. Or, les conséquences de ce nouvel enjeu, sur le terrain, sur le plan de l'organisation et de la charge de travail supplémentaire, semblent ne pas avoir été pensées. Elle transforme également la construction symbolique du travail. A. Paccioni et C. Sicotte (2009) interrogent, par exemple, l'accréditation qualité comme participant à la diffusion d'une nouvelle culture organisationnelle, fondée sur les valeurs et croyances sous-tendues par les démarches qualité. Cette nouvelle culture induit une transformation des relations entre groupes professionnels. Selon nous, les conséquences de ces changements organisationnels doivent être pensées, à la fois pour les agents et pour l'organisation elle-même. Les transformations en lien avec la rationalisation modifient les cultures professionnelles et les cadres d'activités. Cela fait

² La tarification à l'activité (T2A) se définit comme « *le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés. Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses.* » (<http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/article/financement-des-etablissements-de-sante>). L'enjeu principal de cette réforme est la transformation des cadres d'activité en lien avec les modes de rémunération et de tarification des centres hospitaliers. Les professionnels dénoncent, notamment, une trop grande emprise de la rationalisation financière sur l'activité, au détriment de la qualité des prises en charge et de leurs conditions de travail (Mayère, Grosjean et Bonneville, 2009).

intervenir de nouveaux enjeux en termes de pratiques professionnelles et les agents sont, alors, enjoins à s'adapter. Cette adaptation passe, notamment, par des activités de reconstruction de sens autour de l'organisation du travail, de sa dimension symbolique et de la communication organisationnelle. Ces activités influencent les processus organisationnels et les différentes dimensions communicationnelles qui la traversent.

Nous nous intéressons, en particulier, aux liens entre ces transformations et les communications affectives (Martin-Juchat, 2008a, 2014 ; Dumas et Martin-Juchat 2016) au sein des organisations de santé. Dans le champ des communications organisationnelles, la question des affects au travail est une problématique relativement récente (Martin-Juchat, 2008a, 2014 ; Martin-Juchat et Staii, 2016 ; Dumas, 2016 ; Dumas et Martin-Juchat, 2016). Cela tient, notamment, à la nature complexe des affects comme objet d'étude : ils sont difficiles à appréhender méthodologiquement et appartiennent, habituellement, à d'autres disciplines comme la psychologie. Cela tient, également, à la conception traditionnelle que l'on se fait des affects comme relevant exclusivement d'une construction et d'une appréhension subjective de la réalité. Cette perspective est particulièrement répandue dans le domaine professionnel, où les affects sont traités comme des objets intimes et individuels qui ne doivent pas intervenir dans le travail. Pour autant, les travaux du champ sur la question apportent des éléments intéressants sur les liens entre affects et processus organisationnels, notamment :

- La perspective selon laquelle les affects peuvent être des objets légitimes d'étude communicationnelle. En particulier, du fait de leur appréhension comme « *processus communicationnel de performance sociale* » (Martin-Juchat, 2008), c'est-à-dire comme manifestation d'une construction collective et interactionnelle de notre compréhension du monde. Celle-ci est médiée par des dynamiques info-communicationnelles qui codifient et norment nos comportements affectifs (Martin-Juchat, 2006).
- La perspective attenante, selon laquelle la culture affective des organisations est médiée par les communications affectives et par extension, que les dispositifs info-communicationnels disposent d'un rôle normatif qui peut s'inscrire dans des logiques de régulation affective (Dumas, 2016 ; Dumas et Martin-Juchat, 2016).
- La perspective selon laquelle les affects, bien que non reconnus par les organisations, jouent un rôle crucial dans les processus de prise de décision, de coordination et de coopération en situation de travail (Martin-Juchat, Ménissier,

Lépine, 2018 ; Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018).

Ce travail s'inscrit dans la lignée de ces travaux sur les liens entre processus organisationnels et affectifs. Notre projet de recherche consiste à appréhender la façon dont les communications affectives (Martin-Juchat, 2008a, 2014, 2016) au travail permettent de mettre en évidence les limites de la médiation symbolique, traditionnellement conférée aux dispositifs info-communicationnels de rationalisation.

Cadre conceptuel de la recherche

Le cadre théorique de notre étude est riche et recoupe plusieurs axes de réflexion propres aux Sciences de l'Information et de la Communication. Nous avons fait le choix de hiérarchiser les différents courants qui nourrissent notre réflexion en faisant des ACO le cadre de notre recherche. Selon les ACO, la communication est un processus interactionnel interindividuel, destiné à influencer des comportements. Il serait à l'origine de la construction de nos représentations (Moscovici, 1989 ; 2001) comme cadres symboliques de normalisation³. Dans cette perspective, il apparaît possible de saisir les processus organisationnels à partir des éléments symboliques (idéologie, représentations, valeurs) qui sous-tendent l'organisation et de la multiplication des interactions qui la compose. L'enjeu et l'originalité méthodologique d'une ACO est d'être en capacité d'analyser l'articulation des dynamiques communicationnelles qui traversent l'organisation à trois niveaux : les situations de communication (micro), les processus info-communicationnels (méso) et les politiques de communication (macro).

Nous accordons une attention particulière à l'étude des dispositifs info-communicationnels adossés à la rationalisation des organisations de santé. Dans la lignée des ACO, nous considérons les dispositifs info-communicationnels (Foucault, 1975 ; Jeanneret, 2005) comme des cadres de production de sens et comme éléments de la construction performative de l'organisation à trois niveaux. Un dispositif se définit comme un ensemble de

³ La notion de cadre est mobilisée régulièrement dans les travaux sur les ACO (Bouillon, 2004 ; Bouillon, 2008 ; Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007 ; Vacher, 2009). Nous comprenons celle-ci comme un ou des ensembles de limites assignées à un sujet. Évoluer dans un cadre signifie évoluer dans les limites d'un milieu défini. Un cadre symbolique est donc, selon nous, à entendre au sens d'ensemble des éléments qui définissent et formalisent les codes et les représentations d'un individu, par opposition à d'autres. Dans ces conditions, un « cadre symbolique de normalisation » formalise les codes et les représentations d'un individu dans l'objectif de le rendre conforme à une norme préétablie.

discours, d'aménagements signifiants, de supports physiques et de règles d'interactions entre ces éléments (Foucault, 1975). Leur but est de définir et de formaliser les comportements appropriés, c'est-à-dire de rationaliser les actions en vue de la réalisation d'un objectif. En conséquence, ils disposent d'un rôle performatif⁴ en lien avec les cadres symboliques de l'organisation. Cela signifie qu'ils sont à la fois le résultat et les opérateurs des cadres symboliques en question. Ils sont, alors, à l'origine de productions de sens contrôlées à trois niveaux : les situations, les processus et les politiques de communication. Une analyse de ces différents niveaux nous permettrait, ainsi, de mettre à jour les processus collectifs de construction de sens et les cadres symboliques de normalisation qui interviennent dans la rationalisation des organisations de santé (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007).

Conformément à la structuration des ACO, notre cadre théorique se compose de trois axes faisant référence à trois niveaux de structuration théorique : une approche critique de la modernité (macro), des dispositifs info-communicationnels et de la fonction de médiation symbolique qui leur est traditionnellement attribuée (més0) et une approche des situations par les communications affectives (micro).

Approche critique de la modernité

Le premier niveau de notre analyse concerne les cadres symboliques qui traversent les organisations publiques de santé en tant qu'organisation productive, d'une part, et qu'organisation publique, d'autre part. Dans la lignée des travaux de M. Weber (1905 | 1964) sur « l'esprit du capitalisme », nous envisageons ces cadres symboliques comme productions de discours et de politiques de communication qui servent à construire symboliquement, justifier, légitimer, convaincre et rendre acceptable l'organisation. Une première approche de la dégradation des conditions de travail des personnels de soin (Aznar, 2016) nous a permis de mettre en évidence les liens entre la transformation de ces cadres symboliques dans les organisations de santé et l'instauration du NMP (Hood, 1991) comme modèle de gestion

⁴ Le terme performatif fait ici référence aux travaux d'Austin (1970) sur la performativité du langage. Certains verbes ont la capacité intrinsèque d'à la fois décrire une action et réaliser l'action. Ainsi, énoncer l'action revient à exécuter cette action. Par exemple, la phrase « je te conseille de vivre tes rêves » énonce l'action de conseiller et la réalise dans le même temps. Nous l'utilisons ici, par extension, pour mettre en évidence que les dispositifs participent de la formalisation des cadres symboliques de l'organisation et les manifestent dans le même temps.

publique. Fondé sur la planification, la quantification et la surveillance des performances de l'activité, ce modèle a vocation à rationaliser et rentabiliser les productions publiques.

Le présent travail de recherche s'inscrit dans une perspective critique sur la modernité. À ce titre, le NMP répond, selon nous, à une exigence de modernisation entretenue par notre contexte socio-économique, idéologiquement marqué par la radicalisation (Martin-Juchat et Staii, 2016) du « nouvel esprit du capitalisme » (Boltanski et Chiapello, 1999). Le concept d'« esprit » fait référence aux travaux de Weber (1905 | 1964). Il s'agit, selon l'auteur, d'une idéologie propre à chaque époque, qui explique l'engagement dans le capitalisme en fournissant des justifications à son existence. Dans *Le nouvel esprit du capitalisme* (1999), L. Boltanski et E. Chiapello actualisent le travail de M. Weber (1905 | 1964) à partir de l'analyse des mouvements de critiques sociales à propos du capitalisme, notamment dans les années 1960 et 1990. Le « nouvel esprit du capitalisme » se définit comme une idéologie actualisée, notamment par le développement rapide des moyens de production et de communication dû à la mondialisation, qui justifie l'adhésion de notre société au capitalisme. Les chercheurs expliquent qu'il se fonde sur le modèle d'un « monde connexionniste » et sur le modèle de la « cité par projet »⁵. Ceux-ci induisent, notamment, une individualisation et une responsabilisation accrue des personnes sur de nombreux éléments de leur quotidien. La gestion du temps, de l'argent, de l'accumulation capitaliste, de la production de soi en termes d'images et de succès : tout incombe à l'individu. Dans le travail, cela se décline sous forme d'évolutions des conditions, des rythmes de travail et des modes de rémunération fondés sur l'efficacité et la rentabilité. Selon L. Boltanski et E. Chiapello (1999), ces transformations représentent un enjeu social important puisqu'elles précarisent la situation des salariés, notamment par la mise en concurrence, l'exigence de discipline, de dévouement à l'activité, d'autonomie, de responsabilité individuelle et d'existence par la mobilisation du réseau.

⁵ L. Boltanski et E. Chiapello (1999) exposent l'existence de plusieurs états historiques du capitalisme, dont l'émergence d'une nouvelle configuration idéologique dans les années 1990 (p. 160). Celle-ci se caractérise par le développement d'un monde en réseau, marqué par l'importance du travail en équipe, la concurrence, le contrôle hiérarchique, la « maigreur » des entreprises et le travail en réseau, en particulier par projets (cité par projet). Les auteurs définissent les projets comme « *bout de réseau fortement activé [...] poche d'accumulation temporaire créatrice de valeurs* » (p. 157). Le caractère limité dans le temps et multipliable à l'infini des projets permettent leur succession et leur accumulation, de sorte d'étendre le réseau et d'engendrer de nouvelles connexions. Le qualificatif de « connexionniste » vient de cette extension constante du réseau déterminé. Les projets deviennent les espaces privilégiés pour juger de la grandeur (Boltanski et Thévenot, 1987) des actions et des individus. Ainsi, selon cette configuration idéologique, est valorisé, et employable, tout ce qui apparaît comme polyvalent, flexible, autonome, engagé. À l'inverse, l'incapacité à communiquer, à s'engager, à ne pas changer ou à participer à l'extension du réseau est fortement dévalorisée.

Par ailleurs, F. Martin-Juchat et A. Staii (2016) expliquent que cette nouvelle configuration idéologique a subi, récemment, une forme de radicalisation, notamment par la prise en compte et la réduction des affects à des données au service des logiques marchandes. Cela signifie que l'instrumentalisation des affects se développe au profit de la justification et de l'adhésion au capitalisme. Par exemple, sachant que structurellement le capitalisme offre moins de sécurité aux individus, le fait de les rendre responsables de leur épanouissement personnel, de leur parcours professionnel et des produits consommés permet de légitimer son existence, car il promet la liberté. L'individu est pris entre la contrainte de se prendre en charge et la promesse d'épanouissement. Les affects sont alors instrumentalisés à travers des discours d'embellissement et des promesses d'épanouissement pour assurer une forme de régulation sociale et une continuité de l'activité de production (Dumas, 2016). Dans le travail, cette forme radicalisée du nouvel esprit du capitalisme se décline en modes de gestion successives (management par la qualité totale, lean management, etc.) en gardant toujours à l'idée les mêmes objectifs : augmenter la productivité, baisser les coûts, accroître les bénéfices. Ces processus s'inscrivent dans une perspective de « modernisation » : c'est-à-dire qu'il s'agit, en rupture avec les modèles de gestion traditionnels, et notamment la bureaucratie, de rendre les processus d'organisations plus modernes, plus simples, plus fluides. Or, ces processus de modernisation ont pour postulat sous-jacent l'idée que transformer un modèle de fonctionnement, en vue d'augmenter sa productivité, serait sans effet sur le type d'activité. Une telle perspective laisse pourtant impensées les conséquences en termes d'organisation du travail, de communication organisationnelle et de subjectivation du travail (Clot, 1998) pour les acteurs. Nous développerons ces aspects dans notre premier chapitre.

Processus de communication, dispositifs info-communicationnels et médiation symbolique

Le deuxième niveau de notre analyse concerne les processus de communication au sein des centres hospitaliers. Les dispositifs info-communicationnels (Foucault, 1975 ; Jeanneret, 2005) disposent, selon les ACO, d'une dimension performative des cadres symboliques de l'organisation (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). Dans ces conditions, ils ont vocation à normer les comportements en situation de travail. À la fois résultats et opérateurs des politiques

de communication, c'est pourquoi nous les avons choisis comme clefs d'entrée pour aborder les processus communicationnels.

La notion de « dispositif » apparaît pour la première fois en 1797. Il s'agit d'un terme militaire qui signifie alors « *ensemble d'éléments ordonnés en vue d'une certaine fin* » (La Pérouse, 1797 : 90). Ce terme est dérivé du radical du latin *dispositum*, supin de *disponere* signifiant « disposer ». En sciences sociales, les travaux de Foucault (1975 ; 1976) sont très souvent cités en référence. Selon lui, un dispositif se définit comme un « *ensemble résolument hétérogène de discours, d'institutions, d'aménagements spatiaux, de supports physiques, de règles de relations et nature du lien entre ces éléments.* » (Foucault, 1976 : 299 – 300). Dans un entretien donné en 1977, il précise que, dans cette perspective, les individus sont constamment saisis par les dispositifs et dans le même temps continuellement en train d'agir sur ceux-ci (Foucault, 1977 ; Agambem, 2007). Le dispositif assure donc « *une fonction stratégique dominante* » dans nos sociétés et sont toujours au cœur de logiques de pouvoir.

La définition des dispositifs est un axe épistémologique central en SIC. Jeanneret, dans son glossaire critique (2005) la définit comme ci-après (Jeanneret, 2005 : 50) :

« Dans le domaine de l'information, de la communication et des médias, c'est le terme le plus couramment employé pour désigner l'ensemble des substrats matériels de la communication. [...] dans chacun des cas c'est pour souligner que la communication suppose une organisation, repose sur des ressources matérielles, engage des savoir-faire techniques, définit des cadres pour l'intervention de l'expression. La notion de dispositif porte en elle l'idée que l'outil de communication n'est pas neutre [...]. »

Par ailleurs, on peut également souligner les apports du dossier consacré à « La place des dispositifs sociotechniques d'information et de communication (DISTIC) dans les différentes situations de recherche » publié dans les cahiers de la SFSIC en 2014. P. Rasse, M. Durampart et Pélissier N. (2014 : 135), définissent ainsi le DISTIC :

« Le concept de DISTIC part du principe que les technologies de l'information et de la communication construisent leurs utilisateurs autant qu'elles sont façonnées par eux. Elles constituent des dispositifs issus de processus d'interaction entre des utilisateurs (producteurs, consommateurs, usagers, citoyens) qui sont aussi des sujets socialisés et un ensemble hétérogène de techniques. Car l'environnement technologique n'est pas neutre. Il forme le sujet en instaurant des normes économiques, ergonomiques, des pratiques acceptées ou imposées. Il est lui-même formé et déformé par des individus isolés ou agissant en réseaux. »

Ainsi, dans sa définition SIC, le dispositif désigne à la fois les éléments matériels de la communication – à savoir, communément, les technologies de l'information et de la communication – et également des méthodes, des procédés, des normes et des imaginaires qui définissent les cadres d'expression relatifs à la construction de ces dispositifs. Nous nous intéressons particulièrement à cette dimension non neutre du dispositif. Selon les ACO, les dispositifs sont à la fois des cadres pour l'action et des cadres de production de sens normés. Ainsi, dans la perspective d'étudier des processus de communication, il convient de s'intéresser aux normes induites, à travers le dispositif, par les acteurs qui le contrôlent et qui exercent, par celui-ci, un contrôle des corps par le discours et le regard (Foucault, 1975).

Afin de comprendre le rôle des dispositifs dans cette perspective, il convient de remonter au rôle traditionnel que nous leur prêtons dans les interactions sociales. Dans ses travaux sur les interactions, DUBET (2010, lu par Gramaccia, 2011) identifie la fonction symbolique de la médiation des échanges et des identités (Durkheim, Mauss) dans les processus de légitimation du pouvoir et de la négociation des intérêts sociaux. En l'occurrence, dans l'histoire de l'institution catholique, il met en évidence l'existence d'une grammaire symbolique faisant référence à un élément extérieur et plus grand que l'institution. Par exemple, « Dieu », « la Nature », comme figures symboliques d'autorité, ont pour objectifs de stabiliser l'existence de l'institution catholique (Douglas, 1999, lu par Gramaccia, 2011). Ce principe sera étendu, plus tard, à d'autres institutions comme l'hôpital. Selon le chercheur, pour que l'existence d'une institution soit stable, il faut qu'elle prenne appui sur un ensemble d'éléments symboliques qui lui sont extérieurs et qui – en référence à un ensemble de valeurs supérieures –, la dépassent.

Cependant, sous la pression de l'environnement économique actuel, DUBET écrit que la plupart des institutions doivent, aujourd'hui, intégrer de nouveaux modèles de gestions, fondés

sur un principe d'efficience. De ce fait, elles se transforment en organisation. Gramaccia (2011) s'appuie sur les travaux de Dubet pour interroger ce qui subsiste des institutions dans leur transformation en organisation. Il explique (Gramaccia, 2011 : 275-276) :

« En se transformant en organisation, l'institution se « désanctuarise » et se politise : il s'agit moins d'intégrer, dit Dubet, que de garantir la cohésion sociale en assurant « la régulation continue des passions et des intérêts afin que les vertus des acteurs se transforment en cohésion sociale » (Dubet, 2010 : 33). [...] Voilà bien qui marque le déclin du dispositif symbolique et l'émergence de formes nouvelles de régulation politique : la figure de ce sujet, comme finalité politique d'un système de gestion, est réduite à ce qui permet d'en évaluer (ou d'en calculer) la performance : la norme et sa justification comptable. »

L'émergence d'une nouvelle configuration idéologique pour le capitalisme a fait intervenir de nouveaux enjeux pour les institutions, notamment la concurrence, l'attractivité et la production impérative. Sous la pression de ce contexte, ce ne sont plus seulement les cadres symboliques faisant référence à un monde naturel ou supra-naturel (Douglas, 1999) qui servent de régulateur social et politique, mais un ensemble de dispositifs de contrôle où l'acteur, comme sujet individualisé, est au centre d'un projet de surveillance. La mise en place de ces dispositifs s'inscrit dans la lignée idéologique de la modernité. La Raison y est érigée comme outil de légitimation et comme principe d'organisation des économies (Staii, 2016). À ce sujet, A. Staii écrit (2016 : 22) :

« Le tableau permet désormais de voir l'articulation du paradigme de la modernité et la place qu'occuperont dans cette architecture les techniques et leurs déclinaisons médiatiques (désormais informatisées). Au cœur du système, l'affirmation de la toute-puissance de la Raison et de son ancrage dans le réel. Tout autour un réseau de capillarités idéologiques qui s'en nourrit et qui la légitime en même temps : émergence d'un nouvel esprit scientifique (Bachelard, 2003) fondé sur

l'expérimentation empirique et la transversalité des mathématiques, censées servir autant d'outil méthodologique que de limite conceptuelle (car elles permettent de calculer, mais elles montrent surtout ce qui peut être calculé) ; essaimage des techniques disciplinaires et renforcement des pratiques d'autocontrôle ; développement d'un capitalisme industriel qui se nourrit de toutes les ressources disponibles, dont celles de la science et de la discipline (rationalisation de la production du travail, etc.). La configuration du paradigme scientifique moderne empreint de positivisme ne peut être détachée de ses mouvements de fond à la fois parce qu'ils s'y enracinent et parce qu'il les nourrit. L'obsession moderne pour la mesurabilité, pour le calcul, pour la quantification y est fortement ancrée et y trouve une inspiration méthodologique durable (Mattelart, 1994) ».

Comme construction performative de l'organisation, les dispositifs modernes disposent d'une fonction normative. C'est dans cette perspective que l'on assiste notamment à la multiplication des TIC en organisation et à la généralisation du contrôle informatisé des salariés : chacun est responsable de sa propre production et doit prendre en charge sa propre capacité à intégrer la norme pour assurer la pérennité de l'organisation. Cela induit notamment que les organisations, pour s'adapter au contexte d'informatisation massive et pour répondre à l'augmentation des flux d'information-communication, technicisent et rationalisent les échanges et les activités (Martin-Juchat, 2012). De fait, ces dispositifs en question sont de nature info-communicationnelle. G. Gramaccia (2011) et A. Staii (2016) expliquent que les dispositifs adossés à la radicalisation de la modernité ont pour principe de préserver l'activité des organisations et de faciliter la régulation de l'ensemble des passions et des intérêts individuels, afin de garantir une forme de cohésion sociale et donc une continuité de la production. En d'autres termes, nous conférons à ces dispositifs une fonction de médiation (Quéré, 1985 ; Davallon, 2003) entre les éléments symboliques induits par l'organisation et les représentations des individus. Dans une perspective de transformation de l'organisation – comme c'est le cas pour les organisations de santé publique –, l'objectif consiste à assurer le passage d'un ensemble d'éléments symboliques, fondé, dans le cas qui nous occupe, sur le soin et les valeurs du public, à un autre, marqué par la nécessité de l'efficience et de la rentabilité de

l'activité. Dans les faits, les tensions observables au niveau microsocial laissent entrevoir de possibles limites à cette fonction de médiation symbolique.

Situations de communication et communications affectives

Pour explorer cette difficulté pressentie de la médiation symbolique, il est apparu assez rapidement, lors de la formalisation de notre sujet de thèse, qu'un focus sur la dimension microsociale serait particulièrement pertinent au sens de l'approche méthodologique de notre sujet. Dans une perspective ACO, cela signifie que nous nous intéressons aux situations de communication et donc aux interactions et aux relations interpersonnelles situées qui structurent le travail. Cette dimension communicationnelle se focalise sur les pratiques d'interprétation et de production de sens en situation. Un des objectifs de cette recherche est d'observer les situations de communication des personnels de soin au prisme de la dynamique de rationalisation des organisations de santé. Nous postulons que ce contexte de rationalisation contraignant (Mayère, 2013, 2014) entraîne, en parallèle, le développement d'activités de reconstruction de sens autour de l'organisation du travail et de la communication organisationnelle visant à s'approprier les techniques en question. Gramaccia (2011) théorise ces activités de reconstruction de sens comme « *traces* » de ce qui subsiste et résiste à la norme dans le sens accordé à l'activité. Il écrit (Gramaccia, 2011 : 282) :

« La trace est ici l'expression générique des motifs qui expliquent la conscience sociale des collectifs de travail : le sentiment d'appartenance, de sécurité, de reconnaissance..., ces affects qui doivent être symboliquement rappelés, entretenus, consolidés. Ce que nous désignons ici par trace a donc, précisément, une fonction symbolique. Mais il s'agit d'une symbolique ordinaire, formée de petits riens communicationnels, de l'histoire rôle aux gestes de solidarité ou de reconnaissance au quotidien. »

Le terme de trace est à entendre, ici en référence aux travaux de B. Galinon-Méléneq (2011). La chercheuse écrit notamment à ce sujet que « *Quand elle est repérée, la trace prend toujours sens dans une dynamique qui relie son contexte de production et d'interprétation. Car*

l'origine de la trace doit être également interrogée. » (Galinon-Méléneq, 2011 : 33). La trace porte en elle-même l'idée de la manifestation (Husserl, 1964 ; 1985) de quelque chose qui n'est plus. On peut remarquer, dans cette citation, que G. Gramaccia fait référence à des « motifs » exclusivement de nature affective. Est-ce à dire que ce qui subsiste et résiste à la norme dans le sens accordé à l'activité relèverait essentiellement des manifestations affectives⁶ ?

Les travaux sur la « *communication affective* »⁷ ont pour objet de mettre en évidence l'« *imbrication entre communication, corps et affects* »⁸. En SIC, F. Martin-Juchait théorise la « *communication affective* » par une approche des « *affects* » comme « *processus communicationnel de performance sociale* » (Martin-Juchait, 2008a, 2008b, 2014, 2016). Cela signifie que l'expression des affects est une action socialement normée. Dans ses travaux, F. Martin-Juchait questionne la place du corps en mouvement dans les processus d'interprétation et de communication. À partir d'un cadre théorique fondé principalement sur les sciences de la culture (Rastier, Bouquet, 2002 cités par Martin-Juchait, 2008b), elle met en évidence que les manifestations affectives constituent un « *récit culturel* » qui marque l'enfant dès son plus jeune âge et influence les processus de cognition, de sémiotisation et de communication des individus. Elle écrit (Martin-Juchait, 2008b : 87) :

« Ces empreintes corporelles, en tant que produit d'interactions affectives, vont permettre au nourrisson de développer ses capacités de perception puis de symbolisation, le construire socialement. Le corps éprouvé anthropologiquement devient un médiateur affectif, car il permet à l'individu de reconnaître ce qui fait sens pour lui, il est l'opérateur des relations entre valeurs abstraites, valeurs systémiques et valeurs d'usage selon L.-F. de Saussure. Dans la relation, le corps exprime aussi différemment les types d'affects que sont les passions, les émotions et les sentiments (Martin-Juchait, 2005). Le corps est à la fois

⁶ Le terme de « manifestations » affectives fait référence à la phénoménologie d'Husserl (1964 ; 1985). Elles sont à ce titre entendues comme « phénomène », c'est-à-dire comme fait social se donnant à voir et à sentir à la sensibilité d'autrui. Le terme est temporairement et volontairement le plus large possible. Il sera affiné dans la section 3 du chapitre 2, à la lumière des travaux de F. Martin-Juchait (2006 ; 2008) sur le « corps affectif ».

⁷ Nous postulons l'existence d'une pluralité de communications affectives propres à chaque individu, variant en fonction de son histoire, de ses représentations, de sa culture et de ses valeurs. C'est pourquoi en dehors du titre de la théorie et des citations, nous utiliserons le concept au pluriel.

⁸ Le terme d'« affects » est volontairement générique, il permet de regrouper ainsi les passions, les émotions et les sentiments (Martin-Juchait, 2008a).

le médiateur à partir duquel l'individu peut conscientiser ses affects et le support de communication de ces derniers. »⁹

Cela signifie notamment qu'avant d'être des « états internes », éventuellement intimes et individuels, les affects sont des « phénomènes sociaux ». C'est grâce au « corps éprouvé », comme « produit de relations historicisées », que les processus de sémiotisation deviennent possibles à travers les interactions affectives. Notre appréhension du monde se constitue par un double mouvement d'ajustements de sensations de contact par mouvements corporels (Fontanille, 2004) et de construction de sens à partir de ces mouvements. La société, elle, se construit par interactions de ces ajustements (Martin-Juchat, 2008a). À ce titre, le corps est un médiateur affectif et les affects des dispositifs de médiation sociale. Ils sont à la fois le reflet et le support d'expression de notre construction sociale, nous permettant d'interpréter et d'interagir avec notre environnement et autrui.

En tant que dispositifs de médiation sociale, les affects sont sujets à normalisation. En effet, dans la lignée des travaux de F. Martin-Juchat sur les communications affectives, nous avançons que les individus utilisent leur corps affectif en lien avec des normes affectives qui structurent notre organisation sociale et conditionnent ce qui est attendu de nous dans certaines situations. Cela signifie que, contrairement à la tendance moderne de responsabilisation et d'isolation de l'individu par rapport à ces phénomènes, les manifestations affectives, en tant que phénomènes sociaux, jouent, en fait, un rôle important dans la construction de l'organisation sociale. L'approche anthropologique par la communication (Martin-Juchat, 2008a, 2014, 2016 ; Dumas, Martin-Juchat, 2016) s'intéresse, en particulier, aux processus de codification et de normalisation des affects en lien avec les discours sur lesquels se fonde la société moderne. Aussi, au-delà d'étudier les dispositifs info-communicationnels adossés au NMP en lien avec la dynamique de rationalisation des professions de soin, ce travail propose de penser les manifestations affectives en organisation comme fait social dont l'observation permettrait de mettre à jour certains dysfonctionnements communicationnels au sein de l'organisation. Dans cette perspective, l'opportunité de travailler avec les professionnels du soin nous est apparue comme particulièrement intéressante. Le travail de soin, selon P. Viard (2014), ne se définit pas seulement par l'application d'un protocole médical en vue d'une guérison. Il est chargé d'une « ambition relationnelle » qui prend en compte plusieurs dimensions de la

⁹ C'est nous qui mettons en gras.

relation, où le corps, et la communication médiée par le corps sont incontournables. À ce titre, à l'instar de F. Martin-Juchat (2008a), nous considérons que cette communication est nécessairement affective.

Si les affects sont des médiateurs, ce ne sont, pour autant, pas les seuls éléments structurants notre perception du monde. À l'instar de Dubet (2010), Viard (2014) ajoute qu'à l'origine des cadres de production de sens se trouvent des principes qui guident l'action et les comportements : les valeurs (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014). Il écrit (Viard, 2014 : 127) :

*« La notion de valeur renvoie à son origine étymologique du latin valor, qui veut dire « être fort ». La valeur a un caractère de mesure et de comparaison. S'il est souvent possible pour l'individu de formuler ses propres valeurs, il peut les définir en partie à partir d'une comparaison sociale. **La valeur est l'un des éléments qui permet à l'acteur social, dans un même processus, d'appartenir et de créer son monde social.** Cette approche phénoménologique des valeurs tendrait à rejoindre la pensée de Husserl dans sa définition de la structure d'un monde intentionnel : « Mon phénomène du monde, objet d'une interrogation transcendante par le phénoménologue conduit dans l'analyse au phénomène du monde (intentionnel, c'est-à-dire y incluant du sens). » 251.*

C'est là l'une des orientations de la recherche en communication, car les valeurs sont rendues accessibles à l'acteur par l'un des axes du sens, celui du sensible, en termes de perception et donc de rapport de signification avec le réel. Sans s'opposer au réel et au symbolique, cet axe en constitue l'une des perspectives de compréhension. Les valeurs n'ont de sens que parce qu'elles peuvent avoir une valorisation et donc une mesure. Les valeurs sont intentionnelles, car, si elles restent imaginées, elles tendent à s'approcher de la morale et de la normalisation, tout en restant mobiles. »¹⁰

¹⁰ C'est nous qui mettons en gras.

Il apparaît, à travers cette citation, que les valeurs sont construites socialement et à partir de nos interactions. Ainsi, dans une perspective anthropologique par la communication affective, on peut considérer qu'elles sont médiées par des dispositifs de médiation sociale comme les affects. Dans les faits, nos manifestations affectives traduisent quelque chose de notre appréhension du monde, elles expriment nos ensembles de valeurs. C'est pourquoi nous avançons que l'observation de situations de communication à forte teneur émotionnelle permettrait de mettre à jour certains dysfonctionnements communicationnels au sein de l'organisation. Les conflits de valeurs, par exemple, sont particulièrement saillants à partir de l'observation de manifestations affectives. Les valeurs peuvent être déduites à partir des manifestations affectives et à partir des discours des personnes observées. L'observation de manifestations affective nécessite évidemment des précautions méthodologiques, leur appréhension représente un des grands enjeux de cette recherche.

Présentation du questionnement de recherche

En résumé des paragraphes précédents, cette recherche s'appuie sur approche communicationnelle des organisations (ACO) comme cadre intégrateur à la fois théorique et méthodologique. L'exploration des différents niveaux afférents à notre sujet nous a permis de mettre en évidence des dynamiques communicationnelles et des concepts qui permettent de conclure que notre sujet se trouve à la croisée des approches critiques de la modernité (Boltanski et Chiapello, 1999 ; Martin-Juchat et Staii, 2016 ; Bouillon, 2008), de l'étude des dispositifs dans la communication organisationnelle (Jeanneret, 2005 ; Grammacia, 2011 ; Staii, 2016) et de l'approche anthropologique des organisations par la communication affective (Martin-Juchat, 2008a, 2014 ; Martin-Juchat et Dumas, 2016 ; Dumas, 2016, 2018).

Le projet principal de cette recherche est de proposer une approche communicationnelle des organisations de santé. Pour ce faire, nous avons fait le choix d'étudier les liens entre dynamique de rationalisation de ces organisations, dispositifs info-communicationnels et communications affectives en situation de travail. Nous accordons une attention particulière aux dispositifs, notamment car, traditionnellement on leur prête une fonction de médiation symbolique (Quéré, 1985 ; Floris, 1996 ; Davallon, 2003 ; Gramaccia, 2011 ; Staii, 2016) dans les dynamiques de transformation des organisations. Ils ont pour fonction supposée d'assurer

le passage d'un ensemble d'éléments symboliques (valeurs, représentations, normes) fondés, dans le cas qui nous occupe, sur la relation de soin, à un autre marqué par l'efficacité et la rentabilité de l'activité (NMP).

Dans le cas des personnels de santé, **le problème** qui se pose est le suivant : **les revendications, les grèves et les manifestations politiques des soignants, toujours plus nombreuses et chargées affectivement, attestent d'une résistance – visible –, contre le modèle de gestion actuel des hôpitaux. Dans ces conditions, les manifestations affectives en lien avec ces protestations révèlent, selon notre hypothèse, la possibilité que la médiation symbolique, conférée traditionnellement aux dispositifs info-communicationnels qui interviennent dans les transformations d'organisation, échoue.**

Dans cette perspective, nous faisons l'**hypothèse centrale** que **les manifestations affectives en organisation seraient l'indice des limites possibles de la médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels**. En effet, puisqu'il y a expression et manifestation d'une forme de résistance face au projet de transformation, on peut considérer que la médiation symbolique ne fonctionne pas tout à fait.

Cette hypothèse centrale sous-tend deux hypothèses corollaires :

1) Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail.

L'objectif principal des modèles modernes de gestion est d'augmenter la productivité et la rentabilité des activités de production et de service. En soi, ce n'est pas un problème. Cependant, cela peut le devenir lorsque la transformation du modèle d'organisation touche le sens que les acteurs mettent dans leur activité. Le sens se définit ici comme une dimension symbolique et culturelle que l'acteur investit dans l'activité. Ce sens se formalise en situation par un ensemble de formes et de signes de communication sur lesquels reposent les interactions. Chaque modèle d'organisation est porteur d'un ensemble de références et codes culturels qui conditionnent les interactions situées et notre hypothèse sous-entend que ces ensembles sont relatifs aux objectifs et aux valeurs que porte l'activité. Or, lorsque les objectifs, et donc les processus de production, changent, cela modifie, dans le même temps, cette dimension symbolique et culturelle de l'organisation. C'est important, parce que les ensembles de valeurs sous-tendus par les objectifs d'une activité précise constituent, en amont, le sens que les acteurs accordent à l'activité au sein d'une organisation.

P. Viard (2014 : 127) propose une définition des valeurs comme objets communicationnels. À partir de nos perceptions sensibles, elles permettent notamment d'interpréter le réel et d'établir un rapport de signification avec celui-ci. À la lumière de l'approche anthropologique par la communication affective, nous envisageons ce processus de médiation possible grâce aux affects comme dispositifs de médiation sociale (Martin-Juchat, 2008a). Aussi, si transformer les modèles de fonctionnement modifie, dans le même temps, les ensembles de valeurs portés par l'organisation, cela devrait transformer également l'investissement affectif et la façon dont les acteurs s'approprient le travail en vue de remplir ces objectifs.

2) Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmente sa dimension communicationnelle.

Pour s'adapter au contexte d'informatisation massive et pour répondre à l'augmentation des flux d'information-communication induits par la radicalisation de la modernité (Staii et Martin-Juchat, 2016) les organisations technicisent et rationalisent les échanges et les activités (Martin-Juchat, 2012). La multiplication des technologies d'information et de communication (TIC) en organisation et la généralisation du contrôle informatique des salariés en sont un très bon exemple. Ce genre de dispositifs participe de la rationalisation des organisations. En effet, il permet de rendre matérielle la transmission d'informations et la communication professionnelle, sous forme de données, afin de mieux maîtriser les résultats des processus qui structurent l'activité. Notre hypothèse sous-tend que cette technicisation de la communication rend invisible toute une partie du travail. Dans le cas du soin, c'est par exemple l'« *ambition relationnelle* » du soin (Viard, 2014) qui est rendue invisible, notamment dans sa dimension affective. Paradoxalement, la multiplication de dispositifs dont l'objectif est de normaliser et d'accroître l'efficacité de l'organisation, complexifierait, en fait, l'activité en accentuant la charge de travail et en réduisant le temps accordé au travail communicationnel et affectif des personnels de soin. Dans cette perspective, la réification de la communication professionnelle par le biais de dispositifs info-communicationnels en vue de rationaliser l'activité fragmenterait (Lépine, 2012 ; 2018) finalement la dimension communicationnelle du travail.

Ces deux hypothèses mettent en évidence des enjeux et des perspectives en lien avec le rôle des affects dans les processus de mise en mouvement des acteurs. Notre première

hypothèse sous-entend que les communications affectives se font traces (Galinon-Méléneec, 2011 ; Gramaccia, 2011) des ensembles de valeurs individuels et collectifs présents au sein de l'organisation. L'expression des affects en organisation permettrait alors de s'approprier les faits et de rendre compte de notre réaction, en référence à un ensemble de valeurs sous-jacent. De ce fait, elles formalisent un processus de construction (ou de reconstruction) de sens vis-à-vis de la situation et de mise en mouvement en vue de réaliser une action. Selon V. Lépine (2018) il s'agit également d'un processus de « valuation » au sens de Dewey (2011), c'est-à-dire un processus d'expression de ce à quoi nous tenons, de ce que nous estimons désirable, de nos préférences et de nos choix. Elle écrit (Lépine, 2018 : 43) :

« De sa démonstration, il appert que l'acte de valuation procède d'une activité observable, doublement et indissociablement affective et cognitive : « il est l'expression consciente d'un intérêt, d'une attitude affectivo-motrice » (73) et prend sa source dans un désir, lequel n'émerge selon Dewey que « quand quelque chose fait question » qu'il y a un problème dans une situation donnée (118). La valuation doit être interprétée à l'aune des comportements et non pas des « sentiments privés et inaccessibles » (88) puisque « chaque fois qu'une personne porte un intérêt à quelque chose, le cours des événements et leur aboutissement constituent un enjeu, qui la conduit à agir pour faire advenir un résultat plutôt qu'un autre » (94).

Et plus loin (Lépine, 2018 : 45) :

Le « désirable » se détache ainsi du désir comme « impulsions irréfléchies » et les actes de valuation permettent, dans un mouvement processuel qui implique les affects et la pensée, d'apprécier positivement ou négativement les désirs, les intérêts, dans des contextes concrets, dépendamment des contraintes sociales, des règles de conduite et des normes en vigueur à un moment et en un lieu donnés. »¹¹

¹¹ C'est nous qui mettons en gras.

V. Lépine montre ici que les valeurs peuvent se manifester à travers des comportements et dans quelle mesure les communications affectives peuvent faire le lien entre expression, sens et action. Ce qui a de l'importance pour nous, nos inclinaisons, nos choix se traduisent dans l'articulation concrète de pratiques et de comportements au sein de situations où des arbitrages sont à effectuer. L'acte de valuation dans une situation donnée s'apparente à une mise en mouvement du sujet qui tente alors d'ajuster la situation en fonction de ses valeurs. Dans le contexte professionnel, cela induit, notamment, que contrairement au dualisme courant fait entre rationalité et affectivité, les logiques de l'agir en situation de travail s'articulent avec les communications affectives des acteurs.

Par ailleurs, ces dernières témoignent de l'engagement et du pouvoir des acteurs sur leur activité. Par exemple, l'expression de la colère peut faire écho à des situations de frustrations concrètes et quotidiennes. Les manifestations affectives permettent alors de mettre à jour des conduites réactives non prévues par l'organisation et de révéler les impensés du modèle de fonctionnement à un niveau pratique et symbolique. Par conséquent, elles permettent de rendre compte des tensions inhérentes à l'application des modèles d'organisation par la communication. À ce titre, si elles n'étaient pas individualisées et appréhendées comme non pertinentes pour l'organisation, car relevant de l'intime de l'individu, elles pourraient être considérées comme ressources professionnelles individuelles et collectives. Nous explorerons ces dimensions à la lumière de nos résultats, présentés dans la troisième partie de ce manuscrit.

Approche méthodologique

L'anthropologie par la communication affective associée à une ACO consiste à mettre en place une étude ethnographique des dimensions communicationnelles du travail, comme performance de la culture professionnelle (Dumas, 2016 ; Dumas et Martin-Juchat, 2016 ; 2018). Selon F. Martin-Juchat (2008a), la mise en scène du corps affectif manifeste la culture en action. D'un point de vue strictement méthodologique, l'étude des corps affectifs nécessite l'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche (Foli, 2018). C'est pourquoi nous avons choisi de privilégier une approche immersive et compréhensive (Weber, 1922 | 1992 ; 1922 | 1995) du terrain de recherche.

Notre posture se veut critique et réflexive. Nous faisons appel ici aux conceptions bourdieusiennes de la recherche (Bourdieu, 1984 ; 1987 ; 1994 ; 2001). Il s'agit d'envisager la posture critique comme une pratique de mise en question radicale de modèles et de phénomènes sociaux. Derrière des raisonnements permettant une mise en question en rupture avec le modèle établi, il s'agit de mettre en évidence les structures cachées, tacites, intériorisées et les conséquences ignorées – sciemment ou non – de modèles communément admis. En l'occurrence, nous nous intéressons dans ce travail aux structures tacites et aux rapports de forces induits par le Nouveau Management Public et leurs conséquences sur le travail des soignants à l'hôpital. Bien entendu, faire la lumière sur ce qui est caché dans les organisations sociales nécessite au préalable un effort de la part du chercheur pour démêler ses propres structures cachées. Dans ces conditions, nous estimons que le principe de réflexivité est fondamental pour deux raisons. Tout d'abord, pour que le lecteur puisse se faire une idée éclairée sur notre travail et le critiquer à son tour, il doit disposer de toutes les informations permettant d'éclairer nos interprétations. Ensuite, nous estimons qu'il s'agit d'une précaution méthodologique non négligeable dans tous les domaines de recherche, et en particulier lorsque l'on s'intéresse au rôle des affects dans l'articulation des organisations sociales.

De fait, prendre en compte l'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche est primordial pour répondre à l'exigence de réflexivité (Foli, 2018). Contrairement à la posture classique d'un chercheur qui cherche à être purement objectif dont l'affectivité et la présence n'influencerait pas le terrain de recherche, O. Foli (2018) explique que les réactions affectives du chercheur envers le terrain constituent des données de la recherche et doivent être prises en compte. Dans une perspective compréhensive de la recherche, en tant que chercheurs, nous ne pouvons faire l'économie d'une appréhension subjective des données – en l'occurrence, en ce qui nous concerne, des observations de terrain. Nier cette subjectivité revient, selon nous, à nier l'existence d'une partie des données qui pourtant permettent d'explicitier le choix du sujet, une partie de l'élaboration de la problématique, les choix méthodologiques et les perspectives privilégiées dans l'interprétation des résultats. Nous sommes, ainsi, attachée à mettre en lumière le plus possible notre propre « travail émotionnel » (Hoschild, 2003) vis-à-vis de notre terrain de recherche. Une partie de ce travail se trouve en préambule de ce manuscrit, dans lequel nous livrons notre expérience personnelle et notre engagement affectif vis-à-vis du monde des soignants. Nous avons également procédé à une analyse de nos propres manifestations affectives *in situ*, développée dans la deuxième partie de ce manuscrit.

Il convient de souligner que cette recherche a pour cadre légal un contrat doctoral non fléché de l'Université Grenoble Alpes. Ni l'université ni les centres hospitaliers observés n'ont commandé cette étude. Ce travail s'inscrit dans la continuité du projet de recherche POLISOMA, porté en SIC par Fabienne Martin-Juchât (Pr SIC, Université Grenoble Alpes) et Valérie Lépine (Pr SIC, Université Paul Valéry, Montpellier 3). Il s'agit d'un projet interdisciplinaire¹² dont l'objectif est de développer et d'expérimenter des méthodologies innovantes articulant les apports des différentes disciplines habituellement disjointes comme la psychologie, les SIC ou la philosophie politique autour de la question des émotions en organisations. L'hypothèse majeure de ce projet s'inscrit dans la lignée des théories de F. Martin-Juchât sur les émotions comme ne relevant pas exclusivement de l'individu, mais d'une construction politique du social. C'est à partir de ce travail sur les émotions des cadres de santé et de notre histoire personnelle liée au soin (cf Préambule) que notre intérêt s'est porté sur le lien entre émotions, cadres de travail et construction symbolique et politique des organisations.

Pour le présent travail, nous avons souhaité rester dans le champ des professions de soin et avons concentré notre attention sur deux centres hospitaliers français¹³. En l'occurrence, il s'agit pour nous d'appréhender la manière dont les pratiques génèrent du sens commun, du lien et des normes sociales via les affects. Cela signifie saisir les individus dans leurs actions et relations afin d'expliquer les phénomènes sociaux selon la compréhension et l'interprétation que l'on en a (Weber, 1922 | 1992, 1922 | 1995). De fait, notre démarche est résolument qualitative et axée sur l'appréhension des représentations des acteurs et du contexte social comme constructions conjointes et interdépendantes. Trois services nous ont ouvert leurs portes pour trois fois quinze jours d'observation non participante : un service de pédiatrie, de radiologie et de chirurgie. Nous avons alors pu observer des cadres de santé, des infirmier.ère.s, des aides soignant.e.s, des brancardiers et des manipulateur.trice.s radio dans leur quotidien.

L'originalité de l'anthropologie par la communication affective réside, notamment, dans l'étude du corps comme support de transmission de normes comportementales. Cela signifie que le corps incarne une certaine idéologie et que nos réactions affectives témoignent d'un ensemble spécifique de valeurs. En outre, F. Martin-Juchât (2008a) explique, dans son ouvrage,

¹² Le groupe de recherche est constitué des personnes suivantes : Fabienne Martin-Juchât (SIC), Valérie Lépine (SIC), Aurélie Dumas (SIC), Thierry Ménissier (Philosophie), Julie Pavillet (Psychologie du travail), Pierre-Philippe Dujardin (Santé publique, IFCS), Sylvie Pesty (Informatique), Michel Dubois (Psychologie du travail), Juliette Manto-Jonte (Psychologie du travail) et Marc Bonnevie (IFSI)

¹³ Nous garderons la localité de ces centres hospitaliers pour nous, afin d'assurer l'anonymat des personnels observés.

que la fonction communicationnelle de l'expression affective se définit à partir des conséquences qu'elle génère sur la relation. À ce titre, il nous a semblé intéressant de nous concentrer sur les situations à forte teneur émotionnelle pour les acteurs. Le caractère saillant et explicite de la manifestation affective nous a semblé pertinent afin de limiter les biais d'interprétation pouvant émaner de notre propre histoire affective.

À ce propos, nous avons mené, en parallèle de l'observation des personnels de santé, une auto-ethnographie réflexive de manifestations affectives, afin de ne pas teinter leur interprétation à partir de notre propre ensemble de valeurs. Nous avons tenu à tisser des liens affectifs avec les personnels observés pour nouer une relation fondée sur l'écoute, le non-jugement et la bienveillance. Cependant, nous avons, dans le même temps, considéré important de prendre en compte nos manifestations affectives pour éviter les biais de projection dans l'interprétation des résultats. Nous avons d'ailleurs, toujours dans un souci de limiter les biais, souhaité croiser plusieurs techniques d'enquêtes. En effet, si l'observation constitue le cœur de notre terrain, nous avons complété ces observations par des entretiens libres in situ avec les personnels observés et des entretiens semi-directifs avec les personnels technico-administratifs disponibles (secrétaires, cadres supérieurs de santé, directeur des soins, président de la CME etc.). Enfin, nous avons procédé à une analyse de discours sur un corpus documentaire constitué de documentation en ligne sur les valeurs des établissements observés et sur les définitions et préconisations de la Haute Autorité de Santé sur la qualité et le soin. Le croisement de méthodes et la triangulation des sources d'information (Denzin, 1978) nous permet non seulement de limiter les biais d'interprétation, mais, également, d'articuler les différents niveaux d'analyse mis en évidence par les ACO : les situations, les processus de communication et les discours et politiques de communication au sein de l'organisation.

Structuration de la thèse

Notre thèse s'articule en trois parties qui respectivement s'attachent à développer, premièrement, le cadre théorique qui nourrit cette recherche, deuxièmement le cadre méthodologique sous-tendu par notre objet et enfin la présentation des résultats obtenus suite à notre enquête de terrain.

Notre **première partie** s'attache à développer le cadre théorique et conceptuel de notre recherche. Nous y développons les enjeux d'une approche communicationnelle des

organisations par les communications affectives. Dans le **premier chapitre**, il s'agit de définir et de recontextualiser la définition d' « *approche communicationnelle des organisations* » (Bouillon, 2003 ; 2008 ; Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007; Vacher, 2009) : de quoi s'agit-il ? Comment les ACO s'inscrivent dans le champ des communications organisationnelles en SIC ? Nous y voyons également le détail des trois niveaux de structuration communicationnelle que proposent les ACO et les enjeux de chacun de ses niveaux en lien avec notre sujet. Le niveau des situations de communication nous permet notamment d'introduire les apports de l'anthropologie par la communication affective pour une ACO (Martin-Juchat, 2008a, 2014 ; Martin-Juchat et Dumas, 2016 ; Dumas, 2016, 2018) et d'aborder la question de la place des émotions au travail aujourd'hui.

À la lumière des apports introduits dans le premier chapitre, le **deuxième chapitre** propose de se concentrer plus particulièrement sur les organisations publiques de santé. L'objectif de la première section est de définir la notion d'« organisations de santé ». Cet exercice de définition nous permet de soulever plusieurs enjeux, touchant, notamment, au soin comme objet communicationnel et comme appréhension du monde. Définir les enjeux de la dimension « publique » des organisations publiques de santé, nous permet également de nous intéresser aux ensembles de valeurs sous-tendus par la notion de service public en France. Dans ce chapitre, nous apportons, également, des éléments de contexte sur la transformation du modèle de fonctionnement du service public français, en nous concentrant particulièrement sur le Nouveau Management Public et les formes de rationalisations spécifiques aux organisations publiques de santé. Dans la dernière section, l'ensemble de ces éléments nous permet, notamment, de problématiser les limites de la médiation symboliques des dispositifs adossés au NMP.

Dans la **deuxième partie** de ce manuscrit, nous présentons l'approche choisie et les implications méthodologiques de ce travail de recherche. Il s'agit, notamment, d'expliquer comment mener une étude des manifestations affectives des soignants en lien avec les dispositifs info-communicationnels adossés au NMP. Dans le **premier chapitre**, nous développons les conditions de possibilités d'une combinaison méthodologique entre ACO et anthropologie par la communication affective (Dumas, 2016 ; Martin-Juchat et Dumas, 2016). Nous y abordons notamment comment aborder une organisation au prisme de l'affectivité, la posture du chercheur attenante et les enjeux de ce choix méthodologique. Nous y voyons, notamment, les apports de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967) pour faciliter l'appréhension de notre terrain. Le **deuxième chapitre** présente notre terrain : le Centre A, le

Centre B, les services observés, ainsi que les méthodes (observations, entretiens, analyse de corpus) et les procédés d'analyse choisis (analyse de contenu, analyse de discours). Le **troisième chapitre**, quant à lui, développe « l'ingénierie de la recherche ». Nous y détaillons tout le processus de formalisation du terrain et du protocole de recherche ancrée de la phase exploratoire à l'analyse des résultats.

Enfin, la **troisième partie** de ce manuscrit présente les principaux résultats obtenus par notre étude de terrain. Notre terrain a donné des résultats particulièrement riches et denses, nous avons fait le choix de ne présenter, ici, que les résultats en lien direct avec nos hypothèses de travail. Aussi, dans le **premier chapitre**, nous développons les résultats concernant les dispositifs info-communicationnels. Suite à notre analyse, nous tenterons de répondre aux questions suivantes : peuvent-ils être réellement considérés comme médiateurs du NMP ? Dans quelle mesure transforment-ils le fonctionnement de l'activité de soin et l'investissement affectif dans le travail ? Dans quelle mesure fragmentent-ils la dimension communicationnelle du travail de soin ? Le **deuxième chapitre** expose les résultats concernant les liens entre manifestations affectives et situations de communication. Nous y présentons une cartographie affective globale de notre terrain, les principaux conflits de valeurs sources de dysfonctionnements communicationnels au sein de l'organisation, ainsi que des perspectives intéressantes sur les dynamiques de coopérations in situ, en lien avec les affects. Nous y voyons dans quelle mesure les affects peuvent être, effectivement, les indices des limites de la médiation symbolique des dispositifs, ainsi qu'une ressource de résolution et d'actions pour les acteurs.

En **conclusion** de ce manuscrit, nous reprenons les principaux éléments de notre démonstration et les limites de ce travail de recherche.

PARTIE 1 :
APPROCHE COMMUNICATIONNELLE DES
DISPOSITIFS INFO-COMMUNICATIONNELS
ADOSSÉS AU NOUVEAU MANAGEMENT
PUBLIC ET COMMUNICATIONS AFFECTIVES

PARTIE 1 : APPROCHE COMMUNICATIONNELLE DES DISPOSITIFS INFO-COMMUNICATIONNELS ADOSSÉS AU NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC ET COMMUNICATIONS AFFECTIVES

Introduction de la première partie

Dans cette première partie nous souhaitons mettre en avant le cadre théorique sur lequel s'appuie cette recherche. Il s'agit de développer à la fois les enjeux de la rationalisation des organisations de santé et la nécessité de prendre en compte les émotions au travail pour étudier cette rationalisation. En d'autres termes, nous souhaitons proposer une approche communicationnelle des organisations publiques de santé, au prisme des dispositifs de rationalisation et de l'affectivité des soignants.

La notion d' « *approche communicationnelle* » fait référence à une démarche scientifique spécifique (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) qui postule notre inscription dans le champ des communications organisationnelles porté par les SIC. Composé d'études menées sur les liens entre communications et organisations selon diverses perspectives, le champ des communications organisationnelles témoigne de l'évolution des cadres théoriques et méthodologiques du champ depuis le milieu des années 1970. Au sein de cet ensemble, les « *approches communicationnelles des organisations* » (ACO) se distinguent comme une démarche récente. J.-L. Bouillon, S. Bourdin et C. Loneux (2007), à l'origine de ce type d'approche, expliquent qu'une ACO permet de mettre en évidence les activités et processus symboliques de construction de sens au sein des organisations grâce à l'exploration des phénomènes info-communicationnels qui la composent. Indissociables de leurs contextes, ces « *activités communicationnelles* » (phénomènes informationnels et communicationnels) en organisation relaient « *des discours, des représentations sociales, mettent en œuvre des dispositifs* » (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) qui participent, notamment, à l'élaboration de nos représentations collectives et individuelles (Moscovici, 1989). De ce point de vue, une ACO permet de mettre au jour les dimensions symboliques qui traversent et construisent les organisations. Les chercheurs précisent qu'il ne s'agit pas de réduire l'appréhension des

logiques sociales à leur dimension symbolique, car, en effet, le social est composé de bien plus que cela (Miège, 2005). Cependant, l'étude des phénomènes communicationnels et informationnels permet d'accéder à cette dimension qui, selon eux, est souvent évoquée, mais reste relativement peu étudiée, notamment en sociologie et en économie.

Le terme « *organisation* » fait référence à diverses entités allant par exemple de l'entreprise privée aux collectivités territoriales, administrations, en passant par les services publics ou les ONG. C. Le Moëne (2008) explique que la notion émerge au XIXe siècle, à l'origine en médecine et en biologie « *pour désigner un ensemble d'éléments articulés naturellement entre eux selon diverses modalités et selon une structure permettant le fonctionnement de l'ensemble, pour l'essentiel concernant la physiologie, en vue d'une finalité autoreproductrice.* » Cette « *métaphore de l'organisme* » sera reprise par les sciences sociales pour « *signifier l'idéal organique d'une société harmonieuse dont les différents éléments fonctionneraient selon une rationalité technique prévisible* ». Ce n'est que plus tard dans le XIXe siècle que par extension la métaphore désignera « *les entreprises, administrations, associations et partis, structurés selon une "rationalité moyen-fin" pour reprendre l'expression de Max Weber, c'est-à-dire selon des modalités "rationnelles légales" [...].* » (Le Moëne, 2008). Ainsi, communément, nous appelons organisations plusieurs sortes de structures légales. Selon les ACO, elle est appréhendée comme « *entité socialement construite* » et comme construction symbolique. Elle conditionne à la fois l'agencement et la teneur des interactions sociales en son sein – en relayant des discours, des représentations, en participant à la mobilisation et à la production de connaissances et de cadres symboliques. À ce titre, Bouillon, Bourdin et Loneux (2007) considèrent l'organisation comme « *un niveau intermédiaire de structuration sociale, qui joue un rôle crucial dans la mise en relation des niveaux individuel, interindividuel et sociétal* », c'est-à-dire comme « *catégorie conceptuelle* » permettant de saisir comment « *faire organisation* » du niveau micro au niveau macrosocial.

Il s'agit pour nous de développer une approche communicationnelle des organisations publiques de santé, au regard des rationalisations qui les traversent et de leurs conséquences. Dans cette perspective, l'objet de notre premier chapitre est de montrer dans quelles mesures les ACO constituent un cadre d'analyse pertinent pour appréhender ces dispositifs. Plus précisément, il s'agit d'explicitier le terme « *organisation* » et les liens qu'entretiennent organisation et communication selon les ACO. Nous verrons que « *faire organisation* » pour les ACO, suggère une structuration communicationnelle articulée selon trois niveaux : les

situations, les processus et les politiques de communication. Notre clef d'entrée principale pour appréhender ce sujet est le niveau des situations de communication. À partir de ces situations microsociales, il s'agira pour nous de développer les enjeux de cette structuration tripartite au prisme des communications affectives (Martin-Juchat, 2006 ; 2008a). L'objectif principal est de démontrer dans quelles mesures observer les affects au niveau microsocial d'une organisation permet de faire un état des lieux des dimensions processuelles et symboliques de la communication au sein de celle-ci et de rendre compte d'enjeux au niveau méso social tels que la rationalisation et la gestionnarisation du soin. L'idée sous-jacente est qu'il existe une articulation entre les différents niveaux de communication présents au sein d'une organisation. Cette perspective permet de distinguer notre approche en SIC d'une autre approche, en psychologie par exemple, qui resterait au niveau individuel ou micro des interactions au travail.

Notre deuxième chapitre, quant à lui, sera l'occasion de recontextualiser notre développement à l'aune d'organisations spécifiques : les organisations de santé publique. Il sera l'occasion d'explicitier notre choix, de définir leur spécificité et de mettre en perspective organisations de santé et enjeux de modernisation liés à leur modèle de fonctionnement le plus récent : le Nouveau Management Public. Ce modèle, nous le verrons, à la fois pratique et idéologique (Lépine, 2018) s'appuie sur des dispositifs – et notamment sur leur fonction de médiation (Foucault, 1975 ; Quéré, 1982) –, pour opérationnaliser ses objectifs de rationalisation et de modernisation du service public du niveau micro jusqu'au niveau macrosocial. Or, les nombreuses grèves et rassemblements publics des personnels de soin en vue de défendre leurs conditions de travail ont attiré notre attention sur les difficultés engendrées par le déploiement de ce modèle de gestion. Dans la lignée des travaux en SIC sur les communications affectives (Martin-Juchat, 2008a, 2014 ; Martin-Juchat et Dumas, 2016 ; Dumas, 2016, 2018), nous envisageons la possibilité que ces difficultés se donnent à voir par les manifestations affectives des acteurs. Cela nous permettra d'argumenter la pertinence d'observer les marqueurs de type affectif pour appréhender les enjeux de rationalisation dans les organisations de santé publique.

CHAPITRE 1 : Pour une approche communicationnelle des organisations au prisme des communications affectives.

Introduction du premier chapitre

L'objectif de ce chapitre est de présenter le cadre théorique qui nourrit notre approche communicationnelle (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) des organisations de santé publique. Il s'agit plus précisément d'expliquer en quoi consiste une « *approche communicationnelle des organisations* » (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) et quels sont ses enjeux théoriques et pratiques, afin de démontrer la pertinence d'une telle approche pour appréhender les organisations publiques de santé à partir des communications affectives. Notre projet est donc de rapprocher ACO et anthropologie par la communication affective (Martin-Juchat, 2008a, 2014 ; Martin-Juchat et Dumas, 2016 ; Dumas, 2016, 2018). La possibilité de rapprochement est à chercher à la fois dans le détail de la structuration communicationnelle dimensionnelle de l'organisation proposée par les ACO et du côté des travaux SIC sur le potentiel communicationnel du « *corps affectif* » (Martin-Juchat, 2006 ; 2008 ; Dumas, 2016). Nous développerons, alors, la pertinence d'observer les affects au niveau microsocial de l'organisation pour mettre en évidence les dimensions processuelles et symboliques de la communication au sein des organisations.

Dans cette perspective, notre première section a pour objet la définition du concept d'organisation, au prisme des ACO. Plus précisément, à partir des fondements philosophiques sous-tendus par les « *communications organisationnelles* » en SIC, il s'agit de replacer les « *approches communicationnelles* » dans l'évolution de celles-ci et d'en préciser les spécificités. Nous verrons notamment de quelle façon, les travaux de J.-L. Bouillon (2003 ; 2009) peuvent être éclairant quant au risque de réduction communicationnelle de l'organisation (2009) que porte les théories classiques de la « *communication organisante* » (D'Almeida et Andonova, 2014). À la fois conception et réalité complexe, l'organisation se définit selon diverses facettes qu'il nous faudra détailler afin de comprendre le rôle structurant de la communication à trois niveaux : les situations, les processus et les politiques de communication.

En conséquence, dans notre deuxième section, nous expliciterons ces trois niveaux de structuration communicationnelle de l'organisation, à la lumière d'éléments contextuels et théoriques qui nous permettront de mieux cerner notre objet. Au niveau macrosocial notamment, nous verrons que les récentes transformations qu'ont connues les organisations sont liées à une dynamique de radicalisation de la modernité (Giddens, 1994 ; Lipovetsky, 2004 ; Rosa, 2010 ; Martin-Juchat et Staii, 2016) et de ses ensembles de représentations sur le travail (Weber, 1905 | 1964 ; Boltanski et Thévenot, 1991 ; Boltanski et Chiapello, 1999). La perspective des ACO s'intéresse à l'articulation des différents niveaux de structuration communicationnelle dans les organisations. Nous verrons dans quelles mesures la transformation des ensembles de représentations collectifs (Moscovici, 1989) liés au travail peut influencer sur les processus de communication et sur les dispositifs info-communicationnels qui les soutiennent, au sein des organisations. Nous verrons également quelles conséquences cette transformation peut avoir sur les situations de travail et les interactions au niveau microsocial. La nature de cette influence est, selon nous, à chercher du côté de la fonction de médiation (Foucault, 1975 ; Davallon, 2003) attribuée aux dispositifs info-communicationnels et notamment une médiation de nature symbolique (Cassirer, 1923 | 1972)¹⁴ dont les enjeux (Quéré, 1982 ; Floris, 1996), concernant les personnels de soins, ont provoqué des réactions vives et des démonstrations publiques d'insatisfaction de masse concernant la dégradation de leurs conditions de travail.

C'est à ce titre que nous nous sommes intéressée aux communications affectives (Martin-Juchat, 2006 ; 2008). Il est apparu rapidement, dans nos investigations, que concentrer nos observations au niveau microsocial était d'une grande pertinence, notamment, compte tenu de la transformation récente du modèle de fonctionnement du service public. Notre troisième section s'intéresse de près aux manifestations affectives des personnels de soin et à leur lien avec les théories sur le « *corps affectif* » développées par F. Martin-Juchat (2006 ; 2008a). Dans

¹⁴ À la croisée des chemins entre la logique d'Aristote (Pellegrin [dir.], 2014), les réflexions transcendantales de Kant (1787) et le symbolisme de Leibniz (1684), la notion de « *forme symbolique* » chez Cassirer (1923 | 1972) peut être entendue comme un effort de conceptualisation de la conscience (et par extension du sujet) en vue de l'interprétation d'un phénomène. Il écrit (Cassirer, 1923 | 1972 : 234) « [...] *les choses, les états, les propriétés et les activités ne sont pas des contenus donnés dans la conscience, mais les modes et les directions de la mise en forme qu'elle opère.* » Ces catégories conceptuelles a priori donnent une direction au sens que l'on accorde aux phénomènes. Ainsi, la dimension symbolique des objets et phénomènes fait référence au processus de métaconstruction conceptuelle de ceux-ci permettant de leur donner du sens in situ. En ce sens, et en ce qui nous concerne, une médiation de nature symbolique pourrait donc être définie comme une action permettant de transformer une situation, via l'intervention d'un tiers humain ou non (Davallon, 2003) qui interviendrait au niveau des éléments de conceptualisation qui rendent le monde intelligible à nos yeux.

une perspective relationnelle, le « *corps affectif* » assure la médiation entre signaux perçus du monde extérieur – qui structurent nos échanges – et expression selon les codes de communication (Frevert, 2014) propres à notre environnement. Les théories sur les communications affectives proposent donc d’envisager les affects à la fois comme processus de médiation et d’expression entre ce que nous percevons du monde, nos construits sociaux et les normes communicationnelles. Le projet de cette dernière section est de mettre en perspective cette approche de l’affectivité et le monde du travail d’aujourd’hui. En effet, dans un contexte de radicalisation des ensembles de représentations de la modernité, qu’en est-il des émotions au travail ? Nous verrons, notamment, qu’entre engouements pour la question, instrumentalisation des affects au service du travail, demande à la fois d’engagement et de gestion des émotions, les enjeux sont nombreux (Illouz, 2006 ; 2012 ; Boltanski et Chiapello, 1999 ; Martin-Juchat, 2014 ; Martin-Juchat et Staii, 2016).

Section 1 : Les organisations au prisme d’une approche communicationnelle

La première section de ce chapitre a vocation à préciser notre posture épistémologique concernant l’articulation des concepts de « *communication* » et d’ « *organisation* », selon une perspective SIC. Dans ce cas précis, insister la nature de notre perspective n’a pas vocation à réaffirmer notre inscription dans la discipline, mais à souligner le fait que l’exploration théorique autour de communication et organisations relève à l’origine d’autres disciplines comme la sociologie et les sciences de gestion (D’Almeida et Andonova, 2014). Plus largement, la question de la communication, et les théories attenantes sont historiquement marquées du sceau de l’interdisciplinarité (Craig, 2009)¹⁵. Comme le rappelle F. Martin-Juchat (2012), c’est

¹⁵ Dans un article intitulé « La communication en tant que champ d’étude » R. T. Craig (2009) fait le constat d’une très grande variété disciplinaire traitant de théories de la communication. Il cite notamment les travaux de Budd et Ruben (1972) comptant des chapitres faisant état de pas moins de vingt-quatre approches disciplinaires allant dixit « *en ordre alphabétique, de l’anthropologie à la zoologie* ». Par ailleurs, dans cette même perspective, Dance et Larson (1976) ont recensé cent vingt-six définitions du concept de communication entre les années 1950 et 1975, un nombre qui a dû, de nos jours, encore augmenter. Cette profusion de théories pourrait être le lieu d’une fragmentation disciplinaire stérile, or, Craig (2009) propose au contraire de valoriser cette grande variété de théories. Elles permettent notamment selon lui de considérer la théorie de la communication comme « *champ dialogique – dialectique [...] s’appuyant sur deux principes : le modèle constitutif de la communication en tant que métamodèle et la théorie en tant que pratique métadiscursive.* » Soit reconnaître que la communication comme

notamment sous l'effet de la demande croissante de formation et de professionnalisation aux métiers de la communication qui permet aux SIC de s'institutionnaliser, à la fin des années 1970, comme discipline de formation aux métiers de la communication. Dans ce contexte, la question des enjeux épistémologiques autour des organisations est rapidement apparue incontournable et a donné lieu à la création d'un champ spécifique aux organisations et à leurs dimensions communicationnelles, notamment en SIC. Cette section est l'occasion de détailler cette approche spécifique aux SIC, d'en préciser les fondements philosophiques en relation avec les théories de la « *communication organisante* » et de la « *réalité organisationnelle* » (D'Almeida et Andonova, 2014 ; Bouillon, 2008). À partir de ces précisions, il s'agira pour nous de replacer les « approches communicationnelles » dans l'évolution de ces théories.

La communication organisante et la réalité organisationnelle

En SIC, l'articulation communication – organisation est pensée notamment à travers la notion de « *communication organisationnelle* ». Or, les origines interdisciplinaires des théories de la communication rendent complexe la circonscription des notions attenantes. Nous pouvons envisager une approche thématique à partir des travaux SIC sur la question des organisations. F. Martin-Juchat, dans « Acquis scientifiques sur la communication organisationnelle. Repérage de points de convergence entre disciplines » (Martin-Juchat, 2012), explique ainsi que les approches les plus courantes traitent des enjeux des organisations dans une perspective critique, ou bien de l'écrit médié par les TIC en contexte de travail. Ces approches sont centrées sur les objets et visent l'articulation entre langage, travail et techniques. Cependant, cela constitue, selon la chercheuse, une vision parcellaire de la communication des organisations. De plus, la nature quelque peu éclatée de l'offre de formation n'aide pas à la constitution d'un champ homogène permettant de développer les perspectives SIC sur le sujet.

A partir des années 1970, la problématique de la communication dans les organisations émerge pour répondre à des demandes très opérationnelles liées au développement, de

objet d'étude relève effectivement d'un grand nombre de définitions, car c'est un objet très riche et que chaque perspective a du sens et dont la mise en discussion présente un intérêt majeur pour l'ensemble des autres perspectives. Il écrit (Craig, 2009 : 6) « *En somme, l'objectif devrait être la cohérence dialogique-dialectique : une conscience commune de certaines complémentarités et de certaines tensions entre différents types de théories de la communication, de sorte qu'il soit communément compris que ces différents types de théories ne peuvent se développer légitimement en un isolement total, mais qu'elles doivent débattre entre elles. Mon but ici est d'explorer comment la théorie de la communication peut être reconstruite en une discipline pratique afin de révéler de telles complémentarités et tensions et ainsi constituer un champ cohérent.* » Dans ce but, il propose deux principes fondateurs de la théorie de la communication comme champ unifié : un modèle constitutif de la communication comme métamodèle et la théorie de la communication comme métadiscours sur les phénomènes de communication.

préférence rapide et différencié par rapport aux concurrents, des entreprises. Dans ce cadre, la « communication d'entreprise » a pour objectif de « faciliter l'action d'une organisation en interne (passer du faire au faire faire, puis au faire ensemble adéquatement) et en externe (rendre acceptable, légitime) » (D'Almeida et Andonova, 2014 : 140). En filigrane des pratiques de communication d'entreprise se dessine une assignation faite à la communication comme cadre pour l'action, de pouvoir créer une valeur ajoutée immatérielle en interne et en externe. Cela s'explique notamment parce que la communication des organisations s'est structurée à partir de deux courants relevant de la philosophie analytique avec d'une part les travaux d'Austin (1970) sur la capacité performative du langage¹⁶ et de l'autre ceux d'Habermas (1981) sur l'« agir communicationnel »¹⁷. Ces deux courants postulent que nos actions et nos échanges sont structurés par les signes et le langage et, à ce titre, ils prêtent à la communication un rôle de transformation du réel. Dans ce contexte, l'engouement des organisations pour des techniques et des pratiques de communication relevant notamment du marketing, des relations publiques et du management n'a cessé de croître.

L'émergence de ce nouvel horizon d'activité pour les organisations permet corollairement de développer la communication organisationnelle comme champ d'études scientifique. Il permet, dans une perspective critique et analytique, de « dépasser les approches

¹⁶ Austin L., *Quand dire, c'est faire*. Paris : Editions du Seuil, 1970. Dans cet ouvrage, le philosophe ouvre la perspective de la philosophie analytique sur la capacité performative du langage. Jusqu'ici, on ne prêtait au langage qu'une fonction descriptive : de ce point de vue les énoncés affirmatifs ne permettent que de constater des états de fait de façon vraie ou fausse. Or, Austin met en évidence l'existence d'expressions où le langage permet de rendre effective et/ou de réaliser une action. Le plus connu des exemples est notamment celui du maire qui en disant "Je vous déclare mari et femme" opère effectivement, grâce à cette phrase, le changement de statut administratif du couple de célibataires à mariés. La qualité performative du langage n'est cependant pas inhérente à l'énoncé lui-même. Il doit être déclaré dans une situation regroupant toutes les conditions de possibilité à la réalisation de l'action : dans le cas du mariage, être maire, être célibataire etc. Cependant, si elle n'est pas inhérente à l'énoncé, elle n'en n'existe pas moins, et par extension cette dimension performative confère au langage la capacité de transformer un état de fait en un autre.

¹⁷ Habermas J., *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 2: Pour une critique de la raison fonctionnaliste*. Paris : Editions Fayard, 1987. La théorie de « l'agir communicationnel » est une des références majeures mobilisées en SIC. Dans cet ouvrage Habermas développe sa conceptualisation de la rationalité des situations d'interactions, et notamment des interactions visant une fin précise. Là où Austin (1970) met en lumière la capacité performative du langage, Habermas se propose d'étudier les intentions formalisées par les énoncés performatifs. Ainsi, d'après une conceptualisation tripartite de la communication en situation d'action, il confère à la communication la capacité de transformer la réalité selon trois dimensions. Il montre notamment qu'en situation d'action, les parties prenantes des interactions attenantes mobilisent à la fois (1) des réalités « objectives » comprenant des « états de choses » fondés sur des savoirs communs sur lesquelles s'appuyer pour orienter nos conduites vers des buts précis, qu'il appelle « dimension téléologique » (Habermas, 1987: 103) ; (2) des réalités « normatives » qui fondent la « dimension sociale » de nos interactions et (3) des réalités « dramaturgiques » composées des expériences individuelles vécues à travers lesquelles nous mettons en scène notre identité dans la relation et qui fondent la « dimension subjective » de notre conduite (Habermas 1987 : 104). Dans cette perspective, la finalité des interactions permet aux parties prenantes (1) d'exprimer leur intention de transformer l'état des choses, (2) de reconnaître le contexte normatif qui régit la situation et (3) nourrit leur expérience subjective du monde.

à visées opérationnelles » (D'Almeida et Andonova, 2006 : 140) relevant principalement des logiques de prescriptions et d'instrumentalisation des métiers de conseil. En 1994, la création du collectif de recherche Org&Co permet de réunir les chercheurs de la discipline désirant travailler sur l'articulation organisation – communication et permet de répondre à un enjeu d'institutionnalisation du domaine en SIC. Il convient de noter que la définition de la « communication organisante » est un projet fondamentalement interdisciplinaire, dont les approches non unifiées sont pourtant indéniablement marquées par la « convergence » (Miège, 2012 ; Martin-Juchat, 2012 ; D'Almeida et Andonova, 2014). La spécificité de l'approche communicationnelle réside alors dans la façon d'appréhender l'objet organisation au prisme de la communication. Citant Delcambre (2000), D'Almeida et Andonova (2014) mettent en évidence les objectifs spécifiques des corpus constitués en SIC sur la question, à savoir : « cerner la dimension agissante de la communication », « retracer la dimension idéologique et institutionnelle des organisations », repérer « les stratégies de légitimation d'une activité spécifique » dans les discours professionnels (D'Almeida et Andonova, 2014 : 150).

Selon la définition de N. d'Almeida et Y. Andonova (2014), la communication organisationnelle « englobe les dispositifs, les pratiques et les processus communicationnels constitutifs des dynamiques de construction sociale des organisations au sens large » (d'Almeida, Andonova, 2014 : 137). Ainsi, la communication dans les organisations comprend l'agencement de dispositifs, de pratiques et de processus qui participent à formaliser l'organisation comme construction humaine qui ne fait sens qu'à travers les échanges qui la traversent (Crozier et Friedberg, 1977). En d'autres termes, elle semble avoir un rôle structurant au sein de l'organisation.

À partir de ce principe et des réflexions ontologiques sur la relation entre communication et organisation (Bernard, 2002) deux propositions théoriques majeures ont été arrêtées et considérées comme valides par les chercheurs du domaine :

- La communication dispose d'un rôle institutionnalisant et structurant dans les organisations.
- Elle construit la « réalité organisationnelle » et ainsi, on peut observer cette dernière via les phénomènes communicationnels qui traversent l'organisation.

Cette conception dynamique de l'organisation implique notamment que ses caractéristiques traditionnelles (culture, structure et systèmes de pouvoirs) soient le fruit des processus communicationnels qui la traverse.

Dans les discussions conceptuelles autour de la communication organisationnelle, on trouve notamment la perspective de l'École de Montréal dont les travaux sont regroupés sous l'appellation « Communicative Constitution of Organizations » (CCO). Selon cette perspective, les processus communicationnels susceptibles de construire l'organisation sont les « *textes* » et les « *conversations* » (Cooren, Taylor, Van Every, 2006 ; Bouillon, 2009 ; D'Almeida et Andonova, 2014). Ces deux grandes dimensions communicationnelles permettent de définir l'organisation comme un « *entrelacs d'interactions* » (Bouillon, 2009). Sous le terme « *conversation* » sont regroupés « *l'ensemble des échanges – discussions informelles, mais aussi réunions, négociations – qui contribuent à la construction d'un univers commun aux personnes qui partagent une situation sociale donnée* » (Bouillon, 2009:3). Dans ce contexte, la communication ne sert pas seulement à transmettre des messages, mais permet de également de construire une base de connaissances partagée sur laquelle s'appuie l'activité. Son corollaire, le « *texte* », désigne « *tout discours stabilisé constitué de mots et de phrases ordonnancés de manière cohérente, qu'il se présente à l'écrit ou à l'oral.* » Il raconte l'organisation, formalise les objets d'intérêt et les représentations du monde relatives aux objectifs de l'organisation. Cette perspective permet d'élaborer un modèle théorique selon lequel la communication est organisante et structurante.

Cependant, des approches plus récentes ont mis en évidence un certain nombre de limites et notamment un risque de réduction communicationnelle de l'organisation (Bouillon, 2009) que permettraient de dépasser les ACO.

Limites et réduction communicationnelle de l'organisation

En effet, si les CCO mettent en évidence le processus de structuration sociale à partir de phénomènes communicationnels, certains auteurs tels que J.-L. Bouillon (2009) et C. Le Moëne (2021) soulignent, entre autres, que la théorie de la communication organisante rend la nature de l'organisation en question finalement quelque peu floue et partielle.

C. Le Moëne (2021) dans un article intitulé « Quelques questions prudentes concernant les approches CCO » publié en 2021 dans la revue *Communication & Organisation*, met en évidence les impensés sous-jacents aux approches CCO comme courant de pensée. Les CCO s'attellent à étudier le rôle constitutif de la communication dans la structuration des organisations. En l'occurrence, il s'agit alors de toute organisation possible, sans distinction.

Or, C. Le Moëne considère ceci précisément comme un impensé : l'absence d'une conceptualisation claire du terme « organisation » pose plusieurs difficultés. Ainsi, faute de définition, l'auteur explique que le terme est à la fois trop large et réducteur dans la mesure où il semble faire référence uniquement aux organisations comme entités matérielles et objectives, sans préciser pour autant desquelles il s'agit. Or, à partir de la seconde moitié du XXe siècle, l'évolution des formes organisationnelles a été constante et à l'origine d'une grande diversité. De fait, le terme ne peut se réduire aux entités matérielles et objectives, sauf à préciser leur nature.

J.-L. Bouillon (2009) établit un constat similaire. Il écrit (Bouillon, 2009 : 4) :

« Le cadre d'analyse de l'École de Montréal présente l'intérêt de conceptualiser très clairement le processus permanent de structuration d'ensemble sociaux à partir de formes communicationnelles elles aussi finement identifiées. Des interrogations subsistent néanmoins sur la nature de l'organisation émergeant de cette dynamique : cette dernière ne semble jamais être véritablement « émergée », c'est à dire stabilisée sous la forme d'une entité sociale dont le degré de généralité, la permanence, mais aussi la capacité de contrainte dépasserait celle des « textes ». »

En ce sens, la définition de l'organisation selon les CCO apparaît partielle à Bouillon. Tout se passe comme si les textes et les conversations étaient les seuls observables permanents, témoignant de l'existence de l'organisation. Il va même plus loin en se demandant si texte et conversation ne seraient finalement pas « *les deux facettes d'une seule et même dimension, locale et située* » (Bouillon, 2009 : 5) qu'il rapproche de la conceptualisation de « *l'organizing* » de Weick (1979 ; 2001) où la caractérisation du processus organisant importe plus qu'une définition stable de l'organisation. De son côté, C. Le Moëne (2021) déduit de ce flou sémantique autour du terme « organisation » que l'objet d'étude des CCO « *n'est [finalement] pas la communication « des organisations », mais le rôle des communications interpersonnelles, verbales ou non verbales, orales ou écrites, dans la constitution et le*

fonctionnement des petits collectifs et des petits groupes. » (Le Moëgne, 2021 : 202). En effet, le postulat selon lequel la communication serait constitutive des organisations nécessite de prendre en considération la multiplicité des formes que peuvent prendre celles-ci ainsi que la variété de leurs modalités de constitution et de communication. Cependant, les CCO tendent à ne se concentrer que sur les interactions langagières, orales et écrites, entre professionnels en situation de travail. Selon C. Le Moëgne, le problème de ce focus spécifique est qu'il élude la perpétuelle évolution des formes organisationnelles et le fait qu'elles s'articulent à partir de différents niveaux organisationnels, au-delà des interactions entre acteurs. Son caractère non-exhaustif rend la définition de la communication organisationnelle selon les CCO paradoxale car non constitutive de l'organisation.

Par ailleurs, n'envisager l'organisation qu'à travers le texte et la conversation constituerait un « *risque de réduction communicationnelle* » de l'organisation (Bouillon, 2009). En effet, selon J.-L. Bouillon, ces études laissent, notamment, de côté, les objectifs de l'organisation et les stratégies de rationalisation de l'activité. L'organisation s'inscrit dans un contexte social et économique qui existe en dehors de l'organisation. Cette dimension contextuelle très générale est régie selon ses propres normes et ses propres codes, auxquels l'organisation tend à se conformer pour s'y inscrire durablement. Par extension, à plusieurs niveaux, nous comprenons que, selon Bouillon (2009), l'organisation existe comme entité sociale – et non plus seulement à un niveau local et situé ou à l'état de processus –: dans un contexte global (macro), pour elle-même (méso) comme structure où les hommes s'organisent en vue d'un but, et à travers les situations particulières (micro). A la différence des ACO, les CCO considèrent que les différents niveaux d'appréhension des organisations sont « *imbriqués* » (Taylor, Van Every, 2000, lus par Le Moëgne 2021) ou « *enchassés* » (Cooren, 2010, lu par Le Moëgne 2021) les uns dans les autres et « *constitutifs d'une même "organisation globale"* » (Le Moëgne, 2021 : 204). Or, comme l'explique C. Le Moëgne (Le Moëgne, 2021 : 204) :

« Le fait que les niveaux d'échelle soient « imbriqués » ou « enchassés » ou « articulés entre eux », ou constitutifs d'une même « organisation globale », ne dit pas quelle est la décision source qui détermine l'évolution des formes organisationnelles aux différents niveaux d'échelle, et ainsi quel niveau détermine les autres et les contient. »

Dans cette perspective, étudier les communications organisationnelles s'apparente plus à étudier comment s'articulent les différents niveaux de structuration des formes organisationnelles et selon quelles modalités de communications on pourrait les appréhender. Les ACO ont mis en évidence trois niveaux de structuration qui font appel à des dimensions communicationnelles différentes et complémentaires :

- au niveau micro, nous trouvons les interactions situées,
- au niveau méso, les textes, conversations et dispositifs qui structurent et coordonnent les différents corps organisationnels (les managers, la direction, les opérationnels, etc.),
- au niveau macro, les stratégies de médiation symbolique des acteurs dominants pour conformer l'organisation aux normes contextuelles.

Les ACO permettent, ainsi, d'élaborer une réflexion d'ensemble sur l'évolution des formes organisationnelles dans leur multiplicité et de prendre en compte la variété des modalités afférentes de constitution et de communication. Cela nécessite une définition de l'organisation comme « *entité sociale* » (Bouillon, 2003 ; 2009 ; 2015 ; Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007).

L'organisation comme entité construite socialement, téléologique et rationalisée

Nous venons de voir que, selon Bouillon (2009), définir l'organisation uniquement selon certaines dimensions communicationnelles représente, à la fois, une vision parcellaire de celle-ci, et un risque de réduction communicationnelle du concept. En filigrane se dessine le projet d'une approche globale de l'organisation à travers les différentes dimensions communicationnelles qui la traverse. Selon les ACO, l'organisation est une « *entité socialement construite* », dont les caractéristiques fondamentales sont au nombre de deux : selon Bouillon (2009), elle doit nécessairement être « *téléologique* » et « *rationalisée* ».

Le terme téléologique marque un rapport de finalité entre deux choses. L'organisation, comme « *entité téléologique* », consiste à partir de l'organisation comme structure où les hommes s'organisent en vue d'un but. Cette structure est institutionnalisée selon des stratégies communicationnelles données. Bouillon explique que, dans cette perspective, les préoccupations symboliques et pragmatiques de l'organisation sont à resituer dans le cadre

préexistant de l'organisation « *instituée* » au sein d'un contexte social plus large. Pour cela, il convient de s'intéresser en premier lieu à ce que le chercheur appelle les « *finalités organisationnelles* ». Il décrit ainsi l'organisation comme une entité socialement construite en vue d'objectifs précis (par exemple commercialiser des biens, des services, produire des objets, etc.). Il écrit (Bouillon, 2009 : 6) :

« La réalisation de ces objectifs, tournés vers d'autres acteurs sociaux, qui peuvent être des clients, des usagers, des bénéficiaires, des actionnaires ou des citoyens, implique des moyens – matériels, humains, financiers – dont la mise en œuvre excède les capacités individuelles et interindividuelles, ce qui nécessite d'assurer la coordination des activités et l'allocation des ressources. En ce sens, l'organisation représente une « solution au problème de l'action collective » (Crozier, Friedberg, 1977), ce qui n'exclut pas qu'elle soit traversée par de multiples tensions et contradictions. »

On comprend ici que les « *finalités organisationnelles* », en conditionnant l'agencement matériel, symbolique et pratique des ressources autour d'elles, induisent une forme de coordination et sont donc à l'origine du fait d'organisation. Ainsi, saisir les différentes dimensions communicationnelles à travers lesquelles se construit l'organisation demande de mettre en évidence le cadre imposé ou co-construit à partir de ces finalités.

Conceptualisée ainsi, il apparaît logique que la seconde caractéristique de l'organisation soit la rationalisation. En effet, mettre en place tout un processus de production (de biens ou de services) en vertu d'objectifs donnés implique de faire des choix, d'attribuer des tâches et de formaliser des processus pour les réaliser. Dans ce contexte et en vertu des objectifs de l'organisation, la rationalisation permet de construire un cadre pour l'action. Bouillon la définit (Bouillon, 2009 :7) ainsi :

« Nous conceptualisons [la rationalisation] comme un triple processus intégré d'optimisation, de codification et de justification des activités, se matérialisant au travers de rapports sociaux et économiques, de relation de pouvoir et de différentes formes de régulations sociales par lesquelles se coordonnent les activités humaines. **La rationalisation comme optimisation prend place dans le cadre du processus général d'intensification et d'élargissement de l'emprise de la « rationalité en finalité » mis en évidence par M. Weber (Weber, 1995, p.55).** »¹⁸

La dernière partie de cette citation nous paraît particulièrement intéressante. Selon Bouillon, la rationalisation fait partie intégrante du processus d'organisation, et dans la mesure où l'organisation est une entité téléologique elle induit la coordination des moyens, des ressources et des forces. Il convient de faire ces choix, donc de discriminer certaines solutions par rapport à d'autres, de façon à atteindre le but le plus directement possible. Or, en référence aux travaux de Weber (1922 | 1995), Bouillon fait mention de la rationalisation « *comme optimisation* ». Est-ce à dire qu'il existe d'autres formes de rationalisation ? La « *rationalité en finalité* » proposée par Weber fait référence au fait d'adapter sciemment un ensemble de moyens en vue d'un but précis. Par ailleurs, l'optimisation consiste à penser et à donner les meilleures conditions de fonctionnement et de rendement à quelque chose. Nous comprenons que la teneur de la rationalisation appliquée aux organisations, dépend, selon Bouillon, de l'intention qu'on lui accorde. Ainsi, avec la généralisation de la « *rationalité en finalité* » comme modèle pour les organisations productives, la rationalisation n'a plus été un simple processus d'agencement de l'activité, mais un processus d'agencement de l'activité connoté par un métaobjectif : celui de devenir meilleur. Et les auteurs attribuent l'émergence de ce métaobjectif à un changement socio-économique généralisé : l'intensification et la généralisation de l'idéologie d'optimisation comme modèle pour les organisations productives que Weber (1905 | 1964) attribue à l'évolution du capitalisme.

L'approche communicationnelle de Bouillon définit donc l'organisation comme catégorie conceptuelle, entité à la fois téléologique et rationnelle. Il ajoute que ces deux caractéristiques ne peuvent être analysées séparément et sont interdépendantes : la dimension téléologique

¹⁸ C'est nous qui mettons en gras.

permet de situer l'organisation dans un contexte social, économique et historique global et la dimension rationnelle d'expliquer concrètement ce qu'elle est et comment elle fonctionne en regard de ce contexte. À ce titre, l'étude des organisations est indissociable de l'étude des formes de rationalisations qui la composent. Selon les propres mots de Bouillon (2009:8) « *comprendre les transformations organisationnelles et conceptualiser les "organisations" elles-mêmes implique d'interroger les formes de rationalisations qui les traversent, et la place occupée par la communication dans ce cadre* ». Les ACO proposent un cadre intégrateur privilégié pour l'analyse des différentes formes de rationalisation qui traversent les organisations. À travers plusieurs dimensions communicationnelles (située, processuelle et politique) et de leur articulation, il s'agit de mettre en évidence les liens entre dynamiques d'organisation et évolutions socio-économiques. D'un point de vue strictement méthodologique, il s'agit de partir d'un objet d'étude communicationnel (un changement, un phénomène, une technologie, etc.) et de l'analyser au prisme « *des activités de production de sens par les différents acteurs en situation de travail, des logiques techniques et économiques dans lesquelles ils s'insèrent ; et enfin des discours et légitimations qui les accompagnent à différents niveaux.* » (Bouillon, 2003:12). Dans cette perspective, les ACO permettent d'articuler et donc de donner à voir des médiations sociales à différents niveaux : intersubjectif, institutionnel et symbolique. À mi-chemin entre matérialisation et institutionnalisation des rapports sociaux, l'organisation, appréhendée selon une ACO, permet de mettre en évidence la complexité des liens qui lui permettent d'exister.

Ce projet d'articulation de trois niveaux d'analyse pour saisir l'organisation dans son ensemble n'est pas sans difficulté (Groleau, 2001). En effet, l'entreprise est difficile notamment parce qu'articuler trois dimensions demande une définition communicationnelle systématique de chaque dimension et de faire un effort de mise en relation de chacune avec les autres. L'articulation est essentielle pour éviter la réduction communicationnelle de l'organisation ou le catalogue de phénomènes communicationnels. Par ailleurs, il convient d'être vigilant, lors la mise en relation des organisations avec le contexte global dans lequel elles s'inscrivent, car la dérive déterministe est tentante : les contextes ne déterminent pas, ils expliquent en partie pourquoi une organisation est dans tel état à un instant donné.

Cette première section avait vocation à préciser notre posture épistémologique concernant l'articulation des concepts communication et organisation. La problématique de la communication dans les organisations étant largement répandue en sciences humaines et

sociales, il s'agissait à la fois de préciser la spécificité d'une approche SIC et de donner les grandes lignes de ce que l'on appelle une « Approche Communicationnelle des Organisations ». La section suivante sera l'occasion de détailler les niveaux de structurations communicationnelles que comprennent les organisations dans une perspective ACO et par la même occasion de définir les concepts clefs de ce travail.

Section 2 : Trois niveaux de structuration communicationnelle

La structuration des ACO comme courant théorique au sein des communications organisationnelles intervient dans les années 2000. À l'occasion de la sortie du n°31 de la revue *Communication & Organisation*, J.-L. Bouillon, S. Bourdin et C. Loneux (2007) ont rédigé un des textes fondateurs du courant. Ainsi, le projet des ACO est, *dixit*, de « *comprendre les organisations, leur fonctionnement et leurs dynamiques à partir des phénomènes de communication qui les structurent* » (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). On retrouve ici la dimension structurante de la communication, cependant, à la différence de la communication organisante elle l'est à trois niveaux : les situations, les processus et les politiques de communication. L'objectif de cette section est de développer les enjeux théoriques de chaque niveau. Cela nous permettra de poser et de définir les concepts nécessaires à la construction théorique de notre problématique.

Le **premier niveau** (microsocial), traite des **situations de communication** et plus précisément de l'articulation communication et travail au quotidien. Il s'agit d'analyser les interactions et les relations qui structurent le travail, les procédés de construction collective de sens et les problématiques pratiques liées à l'interprétation et à la mobilisation de connaissance en situation (Bouillon, 2004). Les problématiques proches de la nôtre tournent autour des processus de subjectivation du travail, notamment affectifs (Dumas, 2016), en situation de travail (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018), ainsi que des enjeux de tous les types d'interactions verbales et non verbales – et notamment ceux constitutifs des situations de travail, mais invisibles pour l'organisation, comme les affects (Martin-Juchat, 2008, 2014, 2016).

Le **deuxième niveau** (méso social) traite des **processus de communication** constitutifs de l'organisation. Il s'agit d'étudier comment s'articulent les processus de communication organisants et les processus de production au sein de l'organisation, et le rôle de la

communication et des dispositifs dans ces processus (Bouillon, 2008). Les travaux attenants, proches de notre problématique, s'intéressent notamment à la communication managériale comme ingénierie du social (Floris, 1996), aux conséquences des modèles gestionnaires, des TIC et des différentes formes de rationalisation en organisation (Bouillon, 2004 ; Ogien, 2009 ; Mayère, 2014). On trouve également des travaux sur les formes de normalisations, les modes de régulation sociale et les processus de construction de sens (Staii, 2016 ; Gramaccia, 2011). En outre, il s'agit de mettre en évidence, au niveau microsocial, les paradoxes adjacents liés à la large diffusion des ensembles de représentation inhérents au capitalisme et à leurs processus de rationalisation (Bouillon, 2009). A ce niveau, il s'agira pour nous d'analyser dans quelles mesures les dispositifs adossés à une stratégie de changement de représentations autour du travail, induit un travail de mises en normes émotionnelles par la communication.

Enfin, le **troisième niveau** (macrosocial) correspond à l'étude des **politiques de communication**, des discours et des stratégies permettant de construire et d'entretenir une image et une culture de l'organisation à destination de publics internes et externes (Bouillon, 2008). Selon la synthèse thématique de Lépine (2018), on y trouve des travaux portant sur les rapports de domination et les stratégies d'acteurs dominants, des questionnements relatifs à la médiation symbolique, aux imaginaires sociaux et mythes autour de la modernité et à la postmodernité, en lien avec la diffusion des ensembles de représentations liés au capitalisme (Boltanski et Chiapello, 1999) et récemment à sa composante résolument affective (Martin-Juchat, 2008, 2014 ; Martin-Juchat et Staii, 2016).

Cependant, malgré un effort d'homogénéisation du champ sous l'égide de la communication organisante, F. Martin-Juchat (2012) souligne la « *segmentation* » du regard des SIC sur la communication des organisations et certaines problématiques oubliées comme par exemple : la responsabilité civile des organisations, la convergence des logiques marketing et socioculturelles – il nous semble, liées au capitalisme –, et la question de la normalisation et de la marchandisation des lieux publics ou encore l'uniformisation des modèles de relations aux publics par certaines pratiques de gestion. Or, comme le souligne Lépine (2018), aucun modèle d'appréhension de la communication humaine et de ses artefacts ne peut l'aborder de manière absolue. Aussi convient-il de privilégier des approches multidimensionnelles des problématiques d'information et de communication dans les organisations.

Pour ce travail, nous avons fait le choix d'une ACO comme « *cadre intégrateur* » à la fois théorique et méthodologique de notre étude. Le développement suivant, sous forme de trois sous-parties distinctes, va nous permettre de détailler les concepts et enjeux de chaque niveau de structuration communicationnelle de notre sujet. L'objectif est double. Premièrement, il s'agit de présenter les concepts sous-tendus par notre sujet et leurs enjeux. Deuxièmement, à partir d'éléments de contexte et théoriques, il s'agit pour nous de montrer dans quelles mesures le « *cadre intégrateur* » des ACO peut nous permettre de problématiser les relations complexes entre ensemble de représentations et stratégies, processus et dispositifs info-communicationnels, et situations de communication. Ainsi, la première sous-partie se concentre sur le niveau macrosocial dans lequel s'inscrivent aujourd'hui les organisations publiques de santé : nous y détaillerons le contexte socio-économique, les idéologies attenantes et les stratégies organisationnelles globales qui en découlent, formant les ensembles de représentations actuels autour de la notion de travail. À partir de ces ensembles de représentations, nous définirons, dans une deuxième sous partie, ce qu'est un dispositif, notamment info-communicationnel, et la pertinence de l'utilisation de ces dispositifs dans les processus de communication pour appuyer les stratégies données en amont. Enfin, nous explorerons les enjeux des niveaux précédemment cités à la lumière du dernier niveau que constituent les situations de communication.

Politique, stratégies et valeurs

Cette première sous-partie intitulée « Politiques, stratégies et valeurs » a pour objectif de présenter les concepts et les enjeux attenants au niveau de structuration communicationnelle le plus large porté par les ACO. À la lumière d'éléments contextuels sur notre système socio-économique actuel, il s'agit plus précisément d'étudier les ensembles de représentations (Moscovici, 1989 ; 2001) liés au travail et leurs enjeux en termes de politiques de communication et de diffusion stratégiques d'ensembles de valeurs (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014) dans les organisations.

Afin de comprendre clairement notre propos, il convient de définir ce que nous entendons par travail (Schwartz, 2010), valeurs (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014) et représentations (Moscovici, 1989 ; 2001).

Commençons par la notion de travail. Dans un article pour le Philosophoire, Y. Schwartz (2010) propose d'appréhender et de questionner « *les catégories et concepts par lesquelles nous décrivons le travail* » (Schwartz, 2010 : 72). Il met, notamment, en évidence, que sous la notion de travail peut définir les « *activités [humaines] industrielles* » (Schwartz, 2010 : 75). Jusqu'ici, la définition semble assez classique, cependant, il insiste sur un point intéressant. Ces activités sont nécessairement traversées par des « *débats de normes* » (Schwartz, 2010 : 76). Il écrit (Schwartz, 2010 : 75) :

« C'était déjà vrai des antiques « méthodes » de taille paléolithiques, levalloisiennes ou autres, de l'organisation collective des semailles, des fenaisons, et des enclos, des normes diététiques, des procédures de colmatage des fuites, des gammes opératoires, des protocoles et procédures, du respect des organigrammes, des hiérarchies, des règles de prévention, des contrats et des lois civiles. Pas de travail humain sans normes antécédentes.

Mais en même temps — nous l'affirmons abruptement, mais nous l'avons souvent justifié ailleurs —, il est impossible et invivable que ce travail humain puisse s'approcher et donc se faire connaître comme pur produit de ces normes antécédentes. »

Nous comprenons que tout travail humain suggère une forme d'organisation. Le travail tel qu'on l'entend aujourd'hui, en particulier, est souvent indissociable de l'organisation dans lequel il s'inscrit. Aussi, les « *débats de normes* » auxquels fait référence Schwartz ne sont pas sans rappeler la dimension rationalisée de l'organisation telle que J.-L. Bouillon (2009) la définit au prisme des ACO. L'auteur souligne, par ailleurs, que, comme pour l'organisation, il ne s'agit pas de réduire le travail aux procédures, protocoles et normes qui l'encadrent. Y. Schwartz cite plusieurs auteurs (Oddone, Canguilhem et Wisner)¹⁹ ayant mis en évidence le caractère « *invivable* » du travail induisant des négociations individuelles et collectives pour le rendre acceptable – ce qu'il nomme « *débat de normes* » en somme. Il écrit notamment

¹⁹ Sans donner plus de références.

(Schwartz, 2010 : 76) « *pour trancher jour après jour ces débats, il faut la présence opérante en nous de valeurs ; arbitrages qui mènent à des essais de renormalisations guidant notre agir industriels.* »

Ici, la notion de valeurs nous ramène à ses travaux de 1999. Il définit les valeurs comme une manière d'être, de faire et de se conduire. Elles se formalisent alors comme desseins à atteindre, comme des principes qui nous inspirent et nous incitent à être la meilleure version de nous-mêmes. À ce titre, elles transcendent les situations individuelles et permettent d'évaluer et de juger personnes et situations selon des critères qui nous sont propres, hiérarchisés par ordre d'importance. Dans cette perspective, elles constituent un guide pour l'action en situation interactionnelle et participe de processus de médiations communicationnels comme le soin (Viard, 2014). Elles influencent les interprétations et les positionnements de chacun à l'échelle individuelle et collective. En somme, ce sont des manières idéales d'appréhender le monde. Dans le cas qui nous occupe, les valeurs ne doivent pas être prises comme des dimensions individuelles de compréhension du monde, mais comme résultante d'une construction sociale et interactionnelle de l'individu, soit résolument collective. Elles conditionnent le sens accordé à une activité et, de fait, renvoient essentiellement à une dimension affective forte, existentielle qui permet par exemple l'investissement dans le travail. Il ne s'agit pas d'une dimension cognitive d'élaboration collective des connaissances sur l'objet travail, c'est un argument éthique et non pratique. Aussi, afin de comprendre comment elles influencent la notion actuelle de travail, il conviendra de les envisager dans leur dimension collective, ayant trait à nos représentations sociales (Moscovici, 1989 ; 2001).

Concept emprunté à la psychologie sociale, les représentations sociales sont un parti pris sur la construction collective de l'environnement social et de ses croyances. On tient Moscovici (1989) comme fondateur de la théorie des représentations sociales. Il est particulièrement apprécié en SIC, car sa théorie contient un volet communicationnel important quant à la définition du concept de représentation. La conceptualisation des représentations selon S. Moscovici (1984) est fondée sur une approche de la connaissance comme sociale. Selon celui-ci, on ne peut connaître un objet qu'à travers un regard médié par autrui. Selon ce principe, la connaissance s'élabore toujours au moins à deux et se fonde sur un rapport de confiance : la véracité de nos acquis n'est pas systématiquement vérifiée par nos soins, nous les tenons comme vrais à partir de la confiance que nous avons mise dans l'interprétation médiée de notre rapport à l'objet. Ainsi, se représenter c'est connaître un objet dans son rapport médié à autrui et le

donner à voir et à savoir par nos interprétations et nos interactions. Les représentations individuelles peuvent varier considérablement d'un individu à l'autre. Les représentations collectives, quant à elles, varient peu et sont généralement pérennes grâce à une dimension mythique générale stable que nous désignerons par le terme idéologie²⁰ (Boltanski et Chiapello, 1999 ; De Gaulejac, 2005). Par ailleurs, il convient de noter qu'elles ne sont pas égales à la somme des représentations individuelles. Elles sont différentes du sens que l'on accorde au travail, mais elles y participent comme cadre d'interprétation des situations de travail. Elles ont notamment « pour fonction de préserver le lien entre [les individus], de les préparer à penser et à agir de manière uniforme » (Moscovici, 1989 : 81) et constituent ce que nous appellerons plus loin la dimension symbolique de nos rapports sociaux.

Cet ensemble de définitions a vocation à éclairer notre propos en amont de notre démonstration. Il convient à présent d'explorer ensemble le contexte socio-économique dans lequel s'inscrivent les organisations aujourd'hui, les ensembles de représentations (Moscovici, 1989 ; 2001) corollaires et leurs enjeux en termes de politiques de communication et de diffusion stratégiques d'ensembles de valeurs (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014) dans les organisations.

L'en dehors de l'organisation : « esprits » et enjeux macro

Une des objections des ACO faite à des conceptions plus traditionnelles de la communication organisationnelle est que ces perspectives ne prennent pas en compte les objectifs de l'organisation et les stratégies de rationalisation de l'activité. Ceux-ci constituent ce qui est en dehors et qui influence l'organisation. Pour développer ces objectifs et ces stratégies, il convient de prendre en compte l'influence du contexte socio-économique dans lequel s'inscrivent actuellement les organisations et les ensembles de représentations qui lui sont attendus.

Aujourd'hui, les organisations s'inscrivent dans un contexte socio-économique fortement marqué par les mutations et l'expansion rapide du capitalisme. Modèle économique apparu au XVIII^e siècle, il est indissociable du développement de la « modernité ». Traditionnellement,

²⁰ Plus précisément, nous entendons par « idéologies » les ensembles de croyances, faisant généralement appel à des ressorts mythiques, qui contribuent à justifier et entretenir un ordre de valeurs spécifique en légitimant les modes d'action et les dispositions cohérents avec celui-ci (Boltanski et Chiapello, 1999 ; De Gaulejac, 2005).

la modernité fait l'objet d'une périodisation qui l'inscrit dans l'Histoire comme une période donnée. Les historiens datent généralement le début des Temps Modernes à partir de la Renaissance par opposition au Moyen-Âge. A. Giddens (1994) regroupe sous le terme « modernité » tous les « *modes de vie ou d'organisation sociale apparus en Europe vers le XVIIe siècle, et qui progressivement ont exercé une influence plus ou moins planétaire* » (Giddens, 1994 : 11). Cette transition²¹ n'est possible selon le sociologue qu'à la suite de découvertes sans précédent qui ont alors profondément modifié notre rapport à l'espace et au temps. La découverte des Amériques, les avancées de Galilée ou encore La Réforme et les ruptures qu'elle a engendrées sont des exemples de bouleversements scientifiques, techniques et sociaux qui initient une dynamique de changement profond dans les productions de connaissances et les mœurs de cette époque. Cette dynamique de changement est portée, au XVIIIe siècle, par un nouvel idéal philosophique et politique théorisé par les Lumières. En l'occurrence, la pensée individualiste et rationaliste cartésienne, ainsi que la philosophie libérale et humaniste des Lumières sont les influences majeures des innovations sociopolitiques de l'époque (Foucault, 1966). À ce sujet, Staii (2016 : 20) explique que dans la mesure où la Raison et la méthode cartésienne deviennent les nouveaux modes d'exploration de la nature, il n'y a plus lieu de subir les injonctions d'institutions fondées sur la parole mythique comme

²¹ Le terme de transition induit en filigrane l'idée de rupture. Cette dernière est un leitmotiv dans la définition de la modernité. C'est notamment parce qu'elle a été théorisée comme changement de régime de vérités et de représentations. Dans *Les mots et les choses*, Foucault (1966) explique que les évolutions de mentalités, de langages et de cultures tirent leur origine d'événements historiques donnés en rupture avec l'« *ordre des choses* » – au sens de catégorisation et hiérarchisation des phénomènes à partir d'un langage commun – au sein duquel ils surviennent. Pour mettre à jour les conditions de possibilité de production et d'existence des connaissances induites par ces ruptures dans le continuum scientifique et symbolique d'une époque, Foucault (1966) développe une « *archéologie des épistémè* ». Le terme « *épistémè* » fait référence au contexte dans lequel un savoir est produit et existe effectivement. Pour Foucault, ces ruptures sont de nature épistémologique et il en relève deux majeures. La première intervient selon lui à la Renaissance. La période pré-moderne, antérieure à la Renaissance, est marquée par la croyance en la ressemblance comme norme de l'interprétation des phénomènes. Le monde qui nous est accessible n'est que le reflet d'un ordre transcendant et indépassable où siège la vérité. La notion de progrès n'a pas de sens puisqu'on ne peut pas produire de sens qui ne soit déjà là (Staii, 2016). Les écrits et paroles mythiques ont une prise directe sur le réel et permettent de déchiffrer l'ordre des choses qui nous entourent. Les avancées scientifiques de la Renaissance, notamment en astronomie, questionnent profondément la place de l'Homme dans l'univers et mettent en défaut ce schéma non dépassable et le caractère pertinent des mythes et des religions pour expliquer le monde. Suite à cette rupture épistémologique, des théories philosophiques et politiques voient le jour et permettent l'élaboration d'un nouveau régime de vérité fondé sur la représentation. Les critiques de la ressemblance de, notamment celle de Descartes, vont dans le sens d'une rationalisation de la pensée, appliquant à l'analyse des phénomènes une méthode, fondée à partir d'une intuition et démontrée à l'aide de la déduction. La méthode suggère une appréhension des phénomènes bien éloignée des perceptions pré-modernes, puisqu'elle considère comme vraies uniquement les vérités inscrites dans le réel et mises à jour en deux temps par la Raison : grâce à un effort réflexif sur les conditions d'élaboration de cette vérité, puis, grâce à l'élaboration d'une représentation objective qui permet de l'explicitier (Foucault, 1966 ; Staii, 2016). En ce sens, ce nouveau régime de vérité constitue une rupture fondamentale avec le régime antérieur et son inscription dans la vie quotidienne permet notamment l'émergence de la Liberté comme nouvel objectif sociopolitique.

argument d'autorité. Aussi, le développement des pensées rationalistes permet progressivement de s'abstraire des tutelles religieuses puis étatiques. A. Staii écrit, par ailleurs, que cette nouvelle appréhension des phénomènes amène à questionner les tutelles a priori et surtout, dans la mesure où l'on peut en démontrer les failles, donne la possibilité de s'en abstraire, amenant des changements de sociétés profonds. Cela explique comment la Liberté peut devenir un objectif sociétal à part entière. En d'autres termes, avec l'avènement de la Raison comme paradigme, la modernité s'appuie sur un idéal d'émancipation. Le progrès sous toutes ses formes permet à la société d'engager un processus d'émancipation par rapport aux tutelles qui l'entravent. De fait, il permet d'accéder à un état supérieur scientifiquement, techniquement et moralement. Par extension, il permet donc d'être plus libre. Cette combinaison de la Raison et de la Liberté n'est cependant possible qu'à la condition qu'au sein de la société, « *l'Homme* » soit à la fois tout et partie. Pour que la société soit capable de faire ce cheminement, chaque individu doit en être capable individuellement. Selon ces théories, l'être humain détient un double statut dans ce processus : celui d'individu rationnel – c'est-à-dire capable de faire preuve en rationalité en lui-même et par lui-même – et disposant d'une rationalité universelle – partagée par tous en vertu du bien de la société. Ce double statut lui confère le pouvoir de dépasser l'ordre de la transcendance, uniquement, s'il devient la mesure de toute chose. Grâce aux théories de la rationalité individualiste et humanistes des Lumières, c'est le cas.

Aux XIXe et XXe siècles, la révolution industrielle, les progrès scientifiques et techniques – notamment dans le domaine de la diffusion de l'information et de la communication –, la croissance démographique, la concentration urbaine des populations et la division rationnelle du travail font du changement permanent une norme. La modernité intervient comme bascule idéologique dans le schéma traditionnel d'organisation des sociétés et de production de connaissances (Foucault, 1966). Elle induit de nouvelles « *institutions* », au nombre de quatre : le capitalisme, la surveillance, la puissance militaire et l'industrialisme. Selon A. Giddens (1994), l'influence de la modernité se poursuit encore aujourd'hui, bien qu'elle ait subi des transformations importantes autour des années 1960. À partir de cette époque, Giddens fait l'hypothèse d'une radicalisation de la modernité, reprise récemment en SIC par des auteurs comme A. Staii et F. Martin-Juchat (2016).

Le capitalisme est l'élément institutionnel qui nous intéresse le plus dans cette typologie, puisqu'il est encore aujourd'hui le modèle socio-économique dans lequel évoluent les organisations. L. Boltanski et E. Chiapello (1999 : 35) définissent celui-ci comme « *une*

exigence d'accumulation illimitée du capital par des moyens formellement pacifiques ». En d'autres termes c'est une pratique économique selon laquelle on investit un capital initial dans un circuit d'investissements afin d'en retirer un profit, que l'on réinvestira dans d'autres projets, et ainsi de suite, sans fin *a priori*. Selon les auteurs, l'inquiétude générée par la mise en jeu du capital initial et l'attrait pour la majoration de celui-ci stimulerait suffisamment les investisseurs pour entretenir la boucle d'investissement infinie. Après la révolution industrielle et l'introduction du travail comme valeur d'échange et d'usage en soi, le travail comme richesse se formalise par la généralisation du salariat (Boltanski et Chiapello, 1999). Il consiste pour un individu possédant peu de capital, à vendre sa ressource professionnelle à un investisseur, propriétaire de moyens de production. Le contrat induit la soumission volontaire du salarié aux conditions de son employeur contre une rémunération juste. Selon les auteurs, cette transaction est *a priori* source d'insécurité pour l'une et l'autre partie : l'un dépend, en effet, des ressources virtuelles de l'autre, et l'autre entretient une boucle d'investissement sans fin sans garantie de majoration. C'est pourtant, depuis lors, le modèle de division du travail le plus courant en Occident.

Le modèle capitaliste datant du XVIII^e siècle, on peut s'interroger, à l'instar de M. Weber (1905 | 1964), ou encore de L. Boltanski et E. Chiapello (1999), sur les conditions de possibilités de sa pérennité. M. Weber (1905 | 1964) met en évidence l'importance de la dimension symbolique des modèles économiques pour assurer leur pérennité. Une des hypothèses privilégiées par ces auteurs est que le capitalisme jouit d'une dimension idéologique très stable lui permettant d'assurer sa légitimité face à la critique. M. Weber (1905 | 1964) développe une théorie sur « *l'esprit du capitalisme moderne* » entendu comme une idéologie propre à chaque époque qui explique l'engagement dans le capitalisme en fournissant des justifications (Boltanski et Chiapello, 1999 : 42). Le capitalisme se développerait ainsi en jouissant de la dimension mythique stable de la modernité et de son idéal d'émancipation par la rationalisation (Weber, 1905 | 1964 ; Giddens, 1994 ; Boltanski et Chiapello, 1999 ; Martin-Juchat et Staii, 2016).

Dans son ouvrage paru en 1904, le premier constat que fait M. Weber est celui d'une sur-représentation des protestants chez les acteurs du capitalisme à partir du XVI^e siècle. La Réforme est un des changements sociaux majeurs du XVI^e témoignant de la dynamique moderne d'émancipation à l'égard de modèles sociaux antérieurs. Ici, l'idée est de remplacer la domination tutélaire de l'Église institutionnelle par une nouvelle institution fondée sur une

forme radicalisée du christianisme, plus fidèle – selon ses défenseurs – à l'idéal évangélique. Selon le chercheur, cette sur-représentation des protestants chez les acteurs majeurs du capitalisme est en lien avec la rigueur de la doctrine et l'éducation qui en découle. Elle prédisposerait, selon lui, les individus à adopter le rationalisme économique comme mode de vie. Contrairement au catholicisme traditionnel où l'on considère que travailler doit servir uniquement à subvenir à ses besoins, selon la doctrine protestante, le but de l'existence est en soi de travailler. La thèse de Weber est que la compatibilité entre protestantisme et capitalisme est possible grâce à cette place privilégiée qu'accorde l'*ethos* protestant au travail. Faire du travail une exigence morale permet d'aller au-delà de la simple satisfaction des besoins, et donc, faire fructifier son capital permet d'assurer son salut auprès de Dieu et de s'inscrire durablement et avantageusement dans son environnement social. Par ailleurs, et de prime abord paradoxalement, la doctrine prône le rejet de l'ostentation, de la jouissance inutile des richesses et enjoint à mener une vie réglée. Cela s'explique parce que le but du travail n'est pas la fructification du capital en soi, finalement ce n'est qu'un effet secondaire. La fin est de pratiquer sa profession comme « *Beruf* » [« vocation »]²². L'« *esprit du capitalisme moderne* » décrit par Weber est une sorte d'éthique du travail qui se nourrit de l'*ethos* protestant pour justifier l'accumulation de capital comme action morale et utile.

En apportant une justification pour contrer la critique grâce à un ensemble de valeurs alternatif, l'*ethos* protestant – appuyé par la dimension normative de la religion –, participe, selon Weber, à « *l'esprit du capitalisme moderne* ». Il insiste sur la dimension religieuse, car le caractère normatif des commandements religieux a pour ambition, depuis toujours, de réguler les comportements individuels et collectifs selon les principes qui fondent la religion en question. Selon Weber, appliquer cette dimension normative n'a de sens pour les croyants que parce qu'elle fait référence à une dimension symbolique (mythologique et/ou morale) qui justifie le bien-fondé de l'adhésion à l'ensemble de valeurs. Weber étend ce principe au capitalisme. Il explique le succès de ce dernier par l'existence d'une dimension symbolique mythique, qu'il appelle « *l'esprit* », et qui permet de justifier l'adhésion au capitalisme en faisant appel à de fortes motivations psychologiques. Cet esprit permet de répondre à un enjeu

²² Cette expression est tirée des écrits de Luther qui considérait le travail comme une tâche imposée par Dieu, témoignant du respect que l'on porte au travail de ses ancêtres. Le *Beruf* permet de préserver et entretenir l'ordre social établi par Dieu. Les franges ascétiques du protestantisme, dont sont issus notamment Luther et Calvin, rejettent l'organisation traditionnelle du clergé et suppriment les intermédiaires entre Dieu et les hommes. En l'occurrence, les confessions et les sacrements étant interdits, les croyants sont seuls face à leur foi et ils n'ont d'autres moyens que le travail pour témoigner de leur ferveur religieuse.

sociopolitique et économique lié au développement du capitalisme et aux profits qui en découlent. Or, à la fois influencé par la conjoncture économique et par la critique sociale, l'esprit du capitalisme doit se réinventer sans cesse pour justifier son existence en fonction des attentes des populations.

L. Boltanski et E. Chiapello (1999) ont étudié le rôle de la critique dans les évolutions récentes du capitalisme et les changements idéologiques qui les ont accompagnées. Ils mettent à jour plusieurs « *esprits* » du capitalisme, réinventés au gré des évolutions sociales, techniques et économiques portées par la modernité. À partir des travaux de L. Dumont (1977), les chercheurs mettent en évidence que la dimension mythique du capitalisme réside dans l'idéologie selon laquelle la sphère économique ne dépendrait pas de la morale. Dans cette perspective, la liberté économique procéderait de la liberté politique, conformément aux philosophies individualistes et libérales modernes. Cet argument positiviste fait de l'économie un domaine autonome du social où, de fait, la morale ne s'appliquerait pas. En réalité, les travaux de Weber montrent que l'esprit du capitalisme fait bien appel à une forme de morale, et L. Boltanski et E. Chiapello affinent cet argument en montrant qu'il s'agit d'une morale conséquentialiste selon laquelle tout ce qui est bénéfique pour l'individu, tout ce qui sert les intérêts individuels, sert également l'intérêt général et la société. Cette morale conséquentialiste se fonde sur l'accumulation comme principe d'action privilégié : l'accroissement des richesses individuelles servirait le bien commun. Dans cette perspective, la croissance économique globale est un critère de mesure du bien-être social. Ainsi, les désavantages induits par la mise en place d'une société accumulatrice seraient en fait compensés par les avantages quantifiables de l'accumulation. Le capitalisme serait, alors, supérieur à toute autre modèle économique, car il offre la possibilité d'un meilleur service, à moindre coût, grâce à la logique concurrentielle qu'il propose. Il s'appuie sur la privatisation et la marchandisation la plus étendue possible de tous les services dans une perspective de réduction du gaspillage des ressources et de maximisation des attentions des clients offrant ainsi, a priori, les meilleures solutions sociales possibles.

L'esprit du capitalisme s'appuierait donc à la fois sur l'idée de progrès matériel, d'efficacité et une exigence d'efficacité dans la satisfaction des besoins des clients. Ces prétentions présentées comme objectives sont des raisons très générales et concrètes d'adhérer au capitalisme, facilitant l'identification au modèle dans le quotidien. À ce titre, elles sont très stables dans le temps. Un dernier argument pour justifier l'adhésion au capitalisme consiste à

présenter le capitalisme comme réponse à la quête sociale d'incitation normative des individus. Dans la mesure où elles sont « *porteuses de possibilités d'auto-réalisation et d'espaces de liberté pour l'action* » (Boltanski et Chiapello, 1999 : 53), les activités capitalistes seraient attrayantes et stimulantes. À la fois elles mobilisent un engagement personnel fondé sur le dépassement et l'accumulation, mais offrent également – selon les discours managériaux – une forme de sécurité par le cadre normatif qu'elle impose. Elle serait ainsi une réponse intéressante à la recherche dialectique d'autonomie (expérience de liberté) et de sécurité (cadre normatif) du sujet moderne.

À partir des travaux de L. Boltanski et L. Thévenot sur les grandeurs et les cités (Boltanski et Thévenot, 1991), L. Boltanski et E. Chiapello (1999) mettent en évidence plusieurs états historiques du capitalisme. Nous en avons fait une synthèse thématique dans les tableaux ci-après.

Tableau 1: Synthèse des états historiques du capitalisme selon Boltanski et Chiapello (1999).

1) Le Familiarisme (cité inspirée)	2) Le Gigantisme (cité industrielle)
Seconde partie du XIXe siècle	1930 - 1960
Bourgeois entrepreneurs	Valorisation des grandes organisations par rapport aux individus entrepreneurs
Esprit de conquête individuelle	Développement de la grande entreprise industrielle
Valorisation du jeu, du risque et de l'innovation	Valorisation du gigantisme et des patrons comme héros

Développement des moyens de communication et réduction des distances	Offres de perspectives excitantes d'accès pouvoir
Le travail salarié comme émancipation par rapport aux communautés locales	Consommation de masse
Morale du progrès et de la sécurité	Volonté de changer le monde, de libération du besoin

Les chercheurs mettent en évidence que depuis les années 1960, les populations ont plus tendance à remettre en question l'esprit du capitalisme par diverses expressions critiques. Les chercheurs expliquent notamment que les bouleversements socio-économiques survenus durant les années 1960 sont des réactions qui dessinent en négatif le désarroi idéologique des populations face à l'obsolescence du modèle de société de l'après-guerre. Ils étudient, alors, le rôle de la critique sociale dans la recomposition de l'esprit du capitalisme à travers le temps long. Là où, sur le principe, l'investissement des individus dans le développement des intérêts capitalistiques devait maximiser leurs intérêts individuels et apporter une forme de justice sociale, finalement le modèle n'a apporté que l'atomisation des intérêts particuliers. L'absence de redistribution équitable des profits n'a permis que de stratifier la société en classes, fondées sur leur capacité d'accumulation de richesse. Les populations revendiquent alors la justice sociale. La critique qui se développe à l'époque a pour ambition de redonner du sens à l'accumulation capitaliste puisque, pour la plupart des gens, le capitalisme ne tient pas ses promesses de grandeur. L. Boltanski et E. Chiapello étudient donc l'émergence d'une nouvelle configuration idéologique du capitalisme pour pallier cette critique. Cette nouvelle configuration s'appuie, notamment, sur le développement des discours du management, permettant de justifier et d'accentuer la normativité du capitalisme dans les entreprises. Les chercheurs mettent alors, de nouveau, en lumière, deux états pour formaliser ce changement.

Tableau 2 : Synthèse des éléments saillants du « nouvel esprit du capitalisme » présents dans les discours managériaux selon Boltanski et Chiapello (1999)

1) Discours managériaux des années 1960	2) Discours managériaux des années 1990
Management par objectifs liés à la prospérité de l'entreprise	Modèle de l'entreprise en réseau
Excitation du progrès	Épanouissement personnel par la multiplication des projets
Promesse de sécurité et de liberté due à la « carrière »	Promesse de liberté par l'autonomie gagnée en fonction de la qualification
	Objectifs du management : renforcer la proximité par l'écoute et valoriser l'autonomie
	Organisation de la production centrée sur les rapports humains, la convivialité et l'authenticité

L. Boltanski et E. Chiapello appellent cette nouvelle configuration idéologique des années 1990 : « le nouvel esprit du capitalisme ». Le tableau ci-dessus fait plusieurs fois mention de l'autonomie comme nouvelle expérience de liberté : cela tient au développement de l'entreprise en réseau et à l'élaboration de ce que les chercheurs appellent un « monde connexionniste ».

Représentations et valeurs de la modernité

Afin de comprendre comment s'organisent les stratégies de maximisation des intérêts financiers qui traversent les organisations, il convient de s'intéresser aux ensembles de représentations récents liés au capitalisme. Il nous semble que le changement de fond de cette nouvelle idéologie réside dans la façon qu'ont les individus d'envisager la qualité de leurs interactions sociales à partir de la façon dont ils sont et dont les autres sont capables de gérer leurs intérêts individuels. Le « *nouvel esprit du capitalisme* » est un bon point de départ. Boltanski et Chiapello expliquent notamment que la capacité à s'auto-gérer est un principe fondateur de cette nouvelle configuration idéologique. Elle est notamment liée à de nouvelles attentes en termes de compétences professionnelles. Ils écrivent (Boltanski et Chiapello, 1999 : 219) :

*« Dans un monde connexionniste, les personnes sont appelées à se déplacer, à frayer elles-mêmes les clients qu'elles utilisent dans leur travail, qui ne peuvent par définition être préétablis, et à se défier de toute structure et de tout poste prédessiné qui risqueraient de les enfermer dans un univers trop connu. **Leur flexibilité, leur capacité à s'adapter et à apprendre sans arrêt devient des atouts majeurs, qui passent avant leur expérience. Les éléments de personnalité, les qualités de communication, d'écoute et d'ouverture aux différences comptent donc plus que l'efficacité d'atteindre des objectifs prédéfinis. Les méthodes de travail sont élaborées en fonction de besoins toujours changeants ; les personnes s'auto-organisent, inventent des règles locales sans que celles-ci ne puissent être totalisées et rationalisées globalement pas un éventuel bureau d'organisation.** »²³*

Nous pouvons lire, ici, plusieurs éléments intéressants : premièrement, une entreprise en réseau dans un monde connexionniste fonde son développement essentiellement sur des capacités résolument individuelles autour de la relation, de la médiation et de l'adaptation. Cela

²³ C'est nous qui mettons en gras.

s'explique, notamment, par le contexte dans lequel s'inscrit ce changement. La mondialisation, la multiplication, l'accélération des flux commerciaux et financiers et la logique concurrentielle mondialisée due à la diffusion large du capitalisme obligent à développer des marqueurs de différenciation pour répondre à l'exigence de concurrence. Cela s'explique également par le renouvellement de l'esprit du capitalisme et de l'attrait que les individus peuvent porter à l'expérience de liberté promise par le capitalisme. En l'occurrence, le capitalisme ne promet plus seulement l'accumulation pour le prestige social, mais également pour l'épanouissement personnel. On voit bien à travers les travaux de L. Boltanski et E. Chiapello comment la participation à l'effort d'accumulation capitaliste a été recentrée, à partir des années 1990, sur l'individu et plus seulement sur sa force de travail. Le modèle de l'entreprise en réseau s'appuie des compétences qui suscitent un investissement et un engagement individuel accru, sur lequel sera jugée l'efficacité avec laquelle les individus tiennent leur poste, selon des prescriptions de l'organisation. Selon nous, cela constitue une forme de délégation de l'organisation du travail, justifiée par la nature changeante de l'activité.

Il semble paradoxal que le raisonnement sous-tendu par ce modèle d'organisation soit fondé sur des traits individuels pour favoriser des organisations locales alors qu'il se caractérise dans le même temps par sa propension à prescrire collectivement la nature des relations et à cadrer les méthodes de travail par des règlements et des procédures. En l'occurrence, à l'instar de P. Zarifian (1996) ou de M.-A. Dujarier (2006), il nous semble que si les acteurs sont enjointés à s'organiser seuls, par délégation du travail d'organisation, ils ne se gèrent pas pour autant. Par ailleurs, nous comprenons, en filigrane de cette citation, les implications d'un monde connexionniste et de la cité par projet : on note tout d'abord l'idée de déplacement, de capacité à s'insérer et/ou créer et entretenir des réseaux, de flexibilité, d'adaptabilité, puis, les chercheurs parlent des compétences relationnelles et communicationnelles et enfin de l'auto-gestion. Ces qualités sont des attendus au service d'un but unique : engendrer de l'activité pour répondre aux exigences d'accumulation des organisations.

Les analyses comparatives de littératures managériales et scientifiques, entreprises par Boltanski et Chiapello, montrent, ainsi, que l'organisation en réseau s'est finalement généralisée comme modèle sociétal avec une influence non négligeable sur de grands domaines de la vie tels que l'argent et le travail. Concernant l'argent et les possessions, les chercheurs font référence à la morale de l'épargne en vigueur au XIXe et XXe siècle. L'épargne permettait alors de faire fructifier son capital tout en montrant au reste du monde la capacité de l'épargnant

à disposer de suffisamment d'argent pour en mettre de côté, lui assurant un certain prestige social. Les chercheurs expliquent que cette morale de l'épargne mettait en avant les qualités suivantes chez l'épargnant : le contrôle de soi, la mesure, la capacité de restriction, le labeur, la régularité, la persévérance et la stabilité. C'est important parce que le nouvel esprit du capitalisme réactualise cette morale de l'épargne pour l'appliquer, non plus aux ressources financières, mais au temps. En effet, rappelons que le nouvel esprit du capitalisme se fonde sur une morale de la médiation et de la relation. Dans cette perspective, le temps est une potentialité de mise en relation. L'exigence de fructification liée au capitalisme induit dans ce contexte la maximisation du temps passé avec les autres et la maximisation de son temps libre. La première pour créer et entretenir ses réseaux, l'autre pour disposer d'un accès accru à l'information et à l'argent.

À la lumière de ce que nous avons mis en évidence depuis le début de ce chapitre, il nous apparaît alors que trois facteurs favoriseraient la diffusion du nouvel esprit du capitalisme comme ensemble de représentations global :

- Premièrement, le fait que celui-ci s'appuie sur des qualités résolument individuelles ;
- deuxièmement, la modification de l'image de soi et son corollaire qui est que chacun est responsable de soi ;
- enfin, une forte dimension de comparaison sociale dans tous les domaines de la vie.

La conjonction de ces trois facteurs semble propice à une confusion entre modèles d'organisations professionnels et personnels. Cette intuition va dans le sens des arguments que développent L. Boltanski et E. Chiapello sur ce que modifie le nouvel esprit du capitalisme dans le rapport au travail. En effet, les chercheurs mettent en évidence que la séparation entre vie privée et vie publique est acquise, mais tend à s'effacer du fait de la confusion entre qualités de la personne et propriété de sa force de travail à travers la mise en compétences de ces qualités. Par ailleurs, le contexte de concurrence accrue et d'accélération des flux induit la modification des rythmes de travail et des modes de rémunération, ainsi que de nouvelles formes de normalisation fondées sur l'efficacité et l'activité rentable (précarisation de la situation des

salariés, mise en concurrence, discipline, dévouement à l'activité, autonomie, responsabilité individuelle, développement du travail en réseau).

À l'instar de Boltanski et Chiapello (1999), nous constatons pourtant plusieurs problèmes intrinsèques à cette idéologie. À la lumière de leur étude sur les différents états historiques de la critique sociale du capitalisme, ils mettent en évidence plusieurs facteurs d'affaiblissement des normes tacites régulant les liens sociaux dans un monde connexionniste. En l'occurrence mettre sur le même plan valorisation de l'engagement et injonction à la flexibilité entraînerait, selon les chercheurs, une dévalorisation de l'individu en cas d'échec ou d'absence d'engagement. Ce qui met en difficulté le principe d'engagement absolu en regard de la flexibilité exigée par le contexte. Dans cette perspective, chaque individu étant seul responsable de soi et de sa production, chaque échec revêt un caractère personnel qui amène à se remettre en cause. Cela constitue, selon nous, un impensé des méthodes d'organisation du travail et de production. En outre, selon nous, les organisations, à une échelle plus micro, ne pensent pas non plus les conséquences de cette isolation potentielle pour les salariés. Au contraire – et cela rejoint l'objection que nous avons plus haut – paradoxalement, pour pallier ces conséquences, on assiste à la multiplication de nouveaux dispositifs de contrôle, notamment informatiques, pour cadrer une activité dépeinte à l'origine comme nécessairement autonome et flexible parce que si les individus peuvent s'organiser seuls, ils ne sont pas en charge de la gestion de leur activité et de leurs ressources (Dujarier, 2015).

Déjà mise en évidence à l'époque par A. Giddens (1994), aujourd'hui, cette dynamique s'accroît à travers un phénomène de « *radicalisation de la modernité* ». Cette perspective sur l'expansion du capitalisme et de la modernité est reprise en SIC par Martin-Juchat et Staii (2016). Les chercheurs expliquent que cette radicalisation engendre, notamment, un jeu complexe entre ce que les individus doivent, peuvent, ou non, montrer en public et où l'activité effective s'efface derrière sa représentation comptable, en vertu des objectifs capitalistiques du contexte dans lequel cette radicalisation s'inscrit. L. Boltanski et E. Chiapello soulignaient également des indicateurs « *d'anomie* » tels que : le retard à l'entrée dans la vie professionnelle, la précarisation des embauches, l'augmentation de la consommation de psychotropes ou encore la banalisation des troubles anxieux liés à l'exigence d'autonomie.

Selon A. Staii (2016), la radicalisation de la modernité explique la prolifération récente de dispositifs de communication, notamment *via* le contrôle informatique des salariés. Ces

dispositifs ont vocation à assurer le contrôle de l'activité et la normalisation des processus de travail, mais également de légitimer un ensemble idéologique radicalisé, fondé sur la rentabilité et l'efficacité. Pour expliquer ce phénomène de radicalisation, A. Staii (2016) s'appuie sur les travaux de A. Giddens (1994). Ce dernier explique que la modernité s'appuie la transformation de facteurs structurants comme la dissociation de l'espace et du temps, la restructuration des relations sociales locales dans l'espace infini des réseaux, les modifications réflexives et sociales dues aux nouvelles connaissances et à leur influence sur le monde. Dans cette perspective, les dispositifs assureraient, de fait, un rôle de préservation de la fonction opérationnelle des structures et de facilitation de la régulation de l'ensemble du social. Nous verrons, dans la sous-partie suivante, que cela tient, notamment à leur fonction de médiation symbolique.

Dans la lignée des travaux en sciences humaines sur le « *capitalisme émotionnel* » (Illouz, 2006 ; Martin-Juchat, 2008, 2014), F. Martin-Juchat et A. Staii (2016) expliquent qu'une part de la radicalisation récente de la modernité est liée à la prise en compte et la réduction des affects à des données au service des logiques marchandes. E. Illouz (2006 ; 2012) définit le « *capitalisme émotionnel* » comme une :

« Culture dans laquelle les pratiques et les discours émotionnels et économiques s'influencent mutuellement, aboutissant ainsi à un vaste mouvement dans lequel les affects deviennent une composante essentielle de l'économie et dans lequel la vie émotionnelle [...] obéit à la logique des relations et des échanges économiques. »

Cet entrelacement de la sphère économique et affective s'explique notamment par l'influence de la psychologie sur la transformation des représentations dans les organisations²⁴. E. Illouz explique qu'au fil du XXe siècle, la généralisation des discours psychologiques comme appuis à l'élaboration de stratégies managériales a introduit progressivement les émotions dans le domaine économique, renouvelant dans le même temps la conception de la production industrielle. Elle remonte notamment aux travaux de Mayo (1924 ; 1927) et ses résultats selon

²⁴ Point que Boltanski et Chiapello (1999) avaient également mis en évidence.

lesquels on observe une augmentation de la production quand les relations de travail sont focalisées sur les émotions des travailleurs. C'est notamment grâce à ces travaux que le langage et les méthodes psycho-analytiques (entretiens thérapeutiques) trouvent leur place dans les entreprises. Lors des entretiens, les travailleurs sont encouragés à s'exprimer sur leurs affects et sur leur contexte familial – ce qui, selon E. Illouz, participe du mouvement de confusion vie privée, vie professionnelle. L'entretien aurait pour but de lever les blocages affectifs à la communication tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du lieu de travail.

Les travaux de Mayo (1924) nous montrent comment les affects²⁵ des travailleurs ont pu être utilisés, grâce à la communication, afin d'accroître l'efficacité du travail. E. Illouz note qu'ainsi, les psychologues de l'époque se posent comme spécialiste de la communication, notamment avec l'argument selon lequel on peut transformer le cadre intellectuel des entreprises grâce au langage, aux idées et aux méthodes de la psychologie. Ils participent alors à l'élaboration d'un nouveau style émotionnel, fondé sur une éthique de la communication similaire à l'esprit qui anime les entreprises. En l'occurrence, si, dans cette étude (Mayo, 1924), les affects sont considérés comme des problématiques intimes, il s'agit de considérer que la communication sur les affects et la famille, dans le cadre d'un entretien psychologique, amène une dimension démocratique à leur expression en entreprise. En effet, en entretien, patrons ou ouvrier, chacun est censé être sur le même pied d'égalité. L'expression et l'analyse psychologique des émotions a alors pour but de faciliter les relations entre patrons et ouvriers et d'amener plus d'égalité et de coopération.

Nous formulons deux remarques. Premièrement, dans cette perspective, la capacité d'exprimer ses affects, dans un cadre normé (celui de l'entretien), est alors attendue comme compétence (Wittorski, 1998 ; Lépine, 2018), c'est-à-dire d'un savoir-agir attendu par l'organisation. En effet, il nous semble que l'entretien comme dispositif communicationnel induit que l'expression des émotions est une technique de gestion de soi permettant de s'évaluer soi-même objectivement. Il est recommandé de savoir le faire afin de permettre à l'entretien de porter ses fruits. Cela induit notamment un effort d'introspection et une maîtrise assez fine de son image en public. En effet, il ne s'agit pas d'exprimer ses émotions en direct de la situation,

²⁵ Pour une meilleure compréhension de ce qui suit, il convient de noter qu'ici « affects » est à entendre au sens de Martin-Juchat (2008a ; 2008b ; 2014) comme « terme générique qui englobe les passions (ou pulsions), les émotions et les sentiments » (Martin-Juchat, 2014).

mais de les exprimer à un tiers afin de les évaluer, de les décortiquer et de les transformer en acte communicationnel.

Deuxièmement, si la communication définit le moi au sein de l'entreprise, Illouz souligne qu'alors on attend de chacun que l'image qu'il donne de lui-même aux autres incarne effectivement son profil affectif. Cela induit, de façon déterministe, que l'on peut appréhender et agir sur les logiques sociales grâce à des techniques info-communicationnelles. Pourtant, dès les années 1980, les SIC ont mis en évidence que cette conception de la communication était sous-tendue par des dynamiques socio-économiques et politiques (Martin-Juchat, 2014 à propos de Perriault, Proulx, Mattelart, Miège). L'étude de ces dynamiques met notamment en évidence les processus de normalisation des affects et le déterminisme induit par l'instrumentalisation de techniques info-communicationnelles au service de l'idéologie de la modernité. Et des études plus récentes (Illouz, 2006, 2012 ; Martin Juchat, 2014 ; Dumas et Martin-Juchat, 2016) montrent que le nouvel esprit du capitalisme s'appuie plus précisément sur la marchandisation des communications affectives.

Dans cette perspective, F. Martin-Juchat (2014) explique à ce sujet que la communication sert dans cette perspective d'instrument à l'objectivation et à la diffusion sociale d'un moi construit. La logique d'authenticité liée à la modernité incite donc à ce que le moi donné à voir corresponde à notre profil affectif, lui-même mis au jour grâce à l'analyse des affects. La chercheuse explique que cette aspiration nourrit les logiques marchandes en vigueur, car l'acte de consommation est vendu selon ces logiques comme possibilité de donner à voir ce moi affectif mis en signes. Dans cette perspective consommer permet l'« *expression d'un profil affectif* » (*dynamique, passionné, courageux, volontaire, par exemple*) et dont les signes seront mis en circulation grâce à des techniques d'information-communication ». La réciproque étant vraie : les marques se saisissent des mêmes stratégies pour valoriser leurs produits et vendre. F. Martin-Juchat (2014) cite l'exemple suivant :

« Illustration prenant valeur de symbole, dans cet entête d'une publicité institutionnelle de 2013 paru dans le Courrier International, l'intention d'Apple est bien de performer le social par la régulation de ces mises en mouvement affectifs ? « C'est ça. C'est ce qui compte. L'expérience du produit. La sensation

procurée. Est-ce que ça améliore la vie ? Cela mérite-t-il d'exister ? Si l'on est occupé à tout faire, comment peut-on perfectionner quoi que ce soit ? Nous passons beaucoup de temps sur un petit nombre de grandes choses. Jusqu'à ce que chaque idée que nous touchons amplifie chaque vie qu'elle touche. Vous y prêtez rarement attention. Mais vous le sentirez. C'est notre signature. Et ça veut tout dire » (Designed by Apple in California).

Tout cela traduit une caractéristique majeure de nos sociétés : le développement, la croissance de soi, passe par un agir somatique objectivé grâce à la performance émotionnelle. »

On peut lire ci-dessus qu'Apple développe des techniques de communication spécifiques au développement marchand de son organisation et instrumentalisent la communication notamment affective pour créer des expériences permettant à ses clients d'incarner un certain profil émotionnel. Il s'agit d'un processus de marchandisation et d'industrialisation des émotions.

Dans cette perspective, les objectifs socio-économiques et sociopolitiques s'auto-alimentent à partir de l'exploitation des affects des individus. Aussi, sachant que structurellement le capitalisme offre moins de sécurité aux individus, le fait de les rendre responsables – de leur épanouissement personnel, de leur parcours professionnel et des produits consommés – permet au capitalisme de renforcer sa légitimité. Cela est possible notamment parce que dans cette idéologie, la responsabilité incombe à l'individu plus qu'au contexte. Celui-ci est, alors, pris entre la contrainte de se prendre en charge et la promesse d'épanouissement. En organisation, les affects sont ainsi instrumentalisés à travers des discours d'embellissement et des promesses d'épanouissement et permettent d'assurer une forme de régulation sociale et une continuité de l'activité de production (Dumas, 2016).

Quelle synthèse pouvons-nous faire de ce développement ? L'objectif de cette sous-partie était de présenter les concepts relatifs au niveau le plus général de structuration communicationnelle des ACO à savoir les politiques et les stratégies de communication.

Nous nous sommes donc intéressée aux ensembles de représentations (Moscovici, 1989 ; 2001) en lien avec le travail et leurs enjeux en termes de politiques de communication et de diffusion stratégique d'ensembles de valeurs (Schwartz, 1999) dans les organisations. Nous avons vu qu'aujourd'hui les organisations se développent dans un contexte de radicalisation de la modernité et d'une forte expansion du capitalisme. À la lumière de tout ce que nous venons de développer, on peut avancer que les organisations sont, actuellement, mues par des représentations du travail à la fois comme processus rationalisé et comme activité auto-organisée, mais surveillée pour répondre aux objectifs d'efficacité et de rentabilité maximum qu'induit actuellement le capitalisme. Dans ce contexte, les travailleurs sont enjoins à être engagés²⁶ dans la réalisation de l'organisation, d'adapter leur quotidien aux exigences de flexibilité de l'activité et de gérer leur organisation, leur communication et leurs émotions en vue de la pérennité du processus. À partir de ces représentations, nous pouvons déterminer un certain nombre de valeurs²⁷ liées au travail et aux organisations :

- Le service : entendu comme l'ensemble des obligations, des devoirs envers les individus à qui sont destinés les services en question.
- L'engagement : entendu comme à la fois le fait de se mettre à disposition par contrat et de se lier (composante affective) par une promesse morale ou une obligation librement consentie, en vue d'une action précise ou d'une situation donnée.
- La rentabilité : entendue comme aptitude à produire une valeur (directement ou indirectement) supérieure à l'investissement en temps, en travail, en argent de départ.
- L'autonomie : entendue comme la faculté de se déterminer par soi-même, de choisir, d'agir librement et donc d'être responsable de soi-même et du produit de son travail.
- L'économie : entendue comme art d'administrer un bien, une entreprise par une gestion prudente et sage afin d'obtenir le meilleur rendement en utilisant les moindres ressources.
- L'efficacité : entendue comme l'aptitude (d'une machine, d'une technique, d'une personne ou d'une entreprise) à fournir le meilleur rendement.

²⁶ Dans la perspective du capitalisme émotionnel, l'engagement et les démonstrations d'engagement sont très valorisés, notamment en contexte professionnel. Il convient de montrer que l'on adhère aux valeurs et aux objectifs de l'organisation, que l'on est prêt à faire tous les efforts possibles en faveur de celle-ci et que l'on souhaite maintenir notre appartenance au groupe.

²⁷ Cette liste est pour le moment non exhaustive, le déploiement théorique de cette première partie va nous permettre de l'étoffer. Ces définitions formeront *in fine* la liste des valeurs utilisées pour procéder à notre analyse de contenu. Le détail de cette analyse sera donné dans la deuxième partie de ce manuscrit.

À l'instar des auteurs cités dans cette sous-partie, nous nous intéressons de près aux mutations des ensembles de représentations et de valeurs. Une question nous interpelle particulièrement : comment s'opère le changement à l'échelle des organisations et des individus ? Nous avons vu, précédemment, ces transformations macrosociales procèdent par acculturation des sociétés aux ensembles de valeurs et pratiques des époques antérieures (Giddens, 1994). Dans cette perspective, le rôle de préserver la fonction opérationnelle des structures et de faciliter la régulation de l'ensemble du social est généralement attribuée à ce que l'on appelle des dispositifs (Foucault, 1975), portés par le deuxième niveau de structuration communicationnelle des ACO : les processus de communication.

Processus et dispositifs info-communicationnels

Cette deuxième sous partie a pour objectif de présenter les concepts et les enjeux relatifs au deuxième niveau de structuration communicationnelle porté par les ACO. Celui-ci s'intéresse aux processus de communication adossés aux processus de production. Selon Bouillon (2008), la production dépend de trois types d'action : la définition d'un cadre pour l'action (objectifs, principes et valeurs), la définition formelle de l'action (contraintes et règles de contrôles liées à l'action) et les accords sur les modalités de l'action (dispositifs et régulation autonome). Ces trois actions sont fortement influencées par la dimension organisante de la communication, elles relèvent toutes trois de processus de régulation sociale fondés sur des conventions discutées et négociées (Bouillon, 2008). Dans cette perspective, s'intéresser aux processus communicationnels constitutifs de l'organisation suppose que l'on s'intéresse à comment la communication permet d'organiser effectivement les processus productifs. Cela induit notamment de rentrer dans le détail de comment s'organise le traitement et la circulation des informations au sein de l'organisation, ainsi que la codification des savoirs et la mise en œuvre de stratégies d'accompagnement du travail collectif. Cette dimension d'opérationnalisation des objectifs requiert la mise en place de garde-fous pour garantir la fonction opérationnelle des structures et faciliter la régulation sociale. Ceux-ci sont pour la plupart des dispositifs (Foucault, 1975) de nature info-communicationnelle. Ces dispositifs assurent la médiation entre les objectifs et la réalisation effective du rendu attendu, dans une

visée opérationnelle rationalisée (Foucault, 1975 ;). Il s'agit dans cette sous-partie de définir et de souligner les enjeux de la nature info-communicationnelle de ces dispositifs (Jeanneret, 2005 ; Bouillon, 2003 ; Gramaccia, 2011) ainsi que réfléchir à leur potentiel de médiation symbolique (Quéré, 1982 ; Floris, 1996 ; Davallon, 2003).

Pour commencer et afin de comprendre clairement notre propos, il convient de définir ce que nous entendons par dispositif (Foucault, 1975). Le mot est dérivé du supin latin *dispositum*, du radical *disponere* signifiant « disposer ». Le terme est équivoque. Le plus couramment il peut désigner tantôt un ensemble d'éléments agencés en vue d'un but précis, de mesures et de moyens disposés en vue d'une fin stratégique, parfois pour la défense de certains intérêts (domaine militaire), ou encore comme ensemble des décisions suite à un jugement ou de dispositions législatives ou administratives (domaine législatif)²⁸.

Il nous paraît intéressant de relever que ces définitions n'ont trait qu'aux domaines militaire ou juridique. Son utilisation dans un cadre scientifique et organisationnel tient donc de la transposition de concept. Deuxièmement, il nous semble également intéressant de souligner que l'idée d'encadrer des pratiques dans le but de les réguler est saillante dans toutes les définitions. V. Larroche, chercheuse en SIC, dans son ouvrage dédié à l'exploration épistémologique du terme, le définit ainsi (Larroche, 2018 : 7) :

« La dimension organisationnelle introduit des rôles mandatés pour réaliser des activités répétitives collectives, mais aussi des tâches réelles. Le dispositif est un cadre dans lequel des techniques, des humains sont disposés pour permettre de réaliser des activités répétitives distribuées. La dimension collective impose des coordinations entre les acteurs humains et non humains. Des dispositifs de différentes natures peuvent se chevaucher, car le résultat d'un dispositif peut être intégré à un autre. »

²⁸ Définitions tirées de la fiche lexicographique du terme <dispositif> du Centre national des ressources textuelles et lexicales : <https://www.cnrtl.fr/definition/dispositif>

La contextualisation de cette définition dans le domaine de l'activité humaine – et par extension de l'organisation – est intéressante et enrichissante pour notre travail. Dans une note, V. Larroche définit l'activité comme une « *opération humaine dirigée vers une finalité* ». Elle ajoute : « *Un dispositif étant doté d'une finalité a priori ou a posteriori, les actions qui s'y déroulent sont des activités* » (Larroche, 2018 : 6). Ainsi le dispositif permet de poser les limites et les conditions permettant la coordination de l'activité collective. Cela rejoint la conception de l'organisation des ACO comme entité téléologique et rationalisée (Bouillon, 2008). De plus, la chercheuse précise la possibilité d'un agencement à la fois humain et non humain, ce qui place le dispositif sous le signe des techniques. Plus précisément, elle explique que l'évolution des techniques de production est intrinsèquement liée à l'évolution de la définition du dispositif (Larroche, 2018 : 27). Elle écrit ainsi :

« A l'époque pré-industrielle et industrielle, nous pouvons considérer le dispositif comme synonyme de machine en réduisant la relation homme-technique à une relation distante, froide, voire aliénante pour l'individu qui se soustrait difficilement aux contraintes imposées par la machine sans se faire exclure de l'organisation machine. [...] A l'époque postmoderne, cette caractérisation du dispositif comme machine n'est plus pertinente, car trop limitative. Si la machine met l'accent sur l'automatisation des actions humaines et des cadences infernales imposées aux opérateurs, le dispositif peut intégrer des humains en son sein pour coordonner des actions techniques voire d'expertise, qui ne se limitent pas de fait à des actions mécaniques. »

Ainsi établi, le lien entre évolution des techniques de production et évolution des dispositifs nous laisse entrevoir, par extension, le lien avec l'évolution des contextes idéologiques accompagnant l'évolution des techniques, notamment la modernité. Comme cadre conditionnant les limites de l'activité humaine, nous souscrivons au postulat selon lequel le dispositif est indissociable de problématiques de pouvoir (Foucault, 1975). Dans les travaux de Foucault (1966 ; 1975) le dispositif est défini comme un « *ensemble résolument hétérogène de discours, d'institutions, d'aménagements spatiaux, de supports physiques, de règles de*

relations et nature du lien entre ces éléments » (Foucault, 1976 : 299 - 300). Selon cette perspective, mettre en place un dispositif a pour objectif de faire appliquer un ensemble de prescriptions fondées sur la rationalisation des activités humaines. Il prête également au dispositif une nature disciplinaire. Elle tient, notamment, à ce que celui-ci exige implicitement de respecter les règles et le cadre sous peine de punition. Foucault associe cette démarche à une forme de coercition. Le cadre est à la fois symbolique et matériel, il permet de contrôler et d'orienter les corps et les comportements vers la réalisation d'un but précis, dont la méthode a été préalablement établie par les détenteurs du pouvoir. Cela suppose une conception du corps comme machine qui justifie la possibilité et la nécessité de l'orienter pour atteindre un but précis. Dans le contexte qui nous intéresse, à savoir celui des organisations et des situations de travail, ne pas respecter les règles et les protocoles induit très souvent une forme de punition comme, par exemple, un entretien avec avertissement et, dans les cas les plus graves, un licenciement. Foucault explique que cette coercition agit sur les corps dans un rapport complexe entre docilité et utilité : plus les opérateurs obéissent, plus ils sont utiles et inversement. Cela créerait, *in fine*, une forme d'engagement qui dispenserait les détenteurs du pouvoir de s'approprier totalement le corps des opérateurs pour en disposer.

Foucault écrit qu'un dispositif permet d'organiser une activité en quatre étapes : la répartition spatiale, le codage de l'activité, le cumul du temps et la composition des forces. Il traduit ces étapes en techniques : « *elle construit des tableaux ; elle prescrit des manœuvres ; elle impose des exercices ; enfin, pour assurer la combinaison des forces, elle aménage des tactiques.* » (1975 : 196). Ces espaces fonctionnels et hiérarchiques fixent les individus dans l'espace et dans le rôle que le codage de l'activité leur prescrit. Cela permet notamment de protéger la continuité de l'activité : en cas de défaillance d'un opérateur, il est simplement remplacé. L'idée semble être de clôturer l'espace pour concentrer les forces de production à un endroit, selon un maillage qui détermine la place de chacun – et selon Foucault, qui facilite la surveillance continue. D'ailleurs, il écrit que plus l'organisation est grande, plus la surveillance devient une fonction à part entière, faisant partie intégrante du processus de production – ce qui, par exemple, expliquerait a priori la gestionnarisation des professions d'encadrement de proximité dans un contexte d'augmentation de la rentabilité des organisations. La surveillance continue induit un nouveau système de jugement, fondé sur la transparence et la différenciation des individus par leur capacité à être constamment conformes à ce que l'organisation veut voir de leur travail. Elle impose donc ses représentations du corps et du travail, met en concurrence

les individus dans le respect de ces normes, les pénalise en cas de non-respect et justifie son existence par un cadre symbolique fondé sur la normalisation et l'utilitarisme.

Qu'est-ce qu'un dispositif info-communicationnel ?

Comme nous avons pu le voir précédemment, pour Bouillon (2008) les processus de productions sont indissociables des processus de communication qui traversent l'organisation. Ces derniers sont formalisés par des dispositifs de nature info-communicationnelle. À ce titre notre travail s'inscrit dans la lignée des théories critiques sur l'influence des dispositifs info-communicationnels liés à la radicalisation de la modernité. Nous nous intéressons plus particulièrement aux dispositifs que l'on peut retrouver quotidiennement en situation de travail, dans le cadre des professions de soin. En SIC, les perspectives pour aborder les dispositifs sont multiples (Larroche, 2018). Tour à tour objet, méthode, cadre ou concept, pour la plupart de ces perspectives, il s'agit d'en étudier les effets. Le plus couramment il désigne (Jeanneret, 2005 : 50) :

« [...] l'ensemble des substrats matériels de la communication. [...] dans chacun des cas c'est pour souligner que la communication suppose une organisation, repose sur des ressources matérielles, engage des savoir-faire techniques, définit des cadres pour l'intervention de l'expression. La notion de dispositif porte en elle l'idée que l'outil de communication n'est pas neutre [...]. »

On constate, de prime abord, que cette définition est résolument technique. Elle fait référence aux dispositifs de communication comme des objets matériels existants permettant de faire l'interface entre deux individus. La métaphore du « substrat » est intéressante, car elle suggère qu'à travers l'outil, la communication se transforme. On remarque également qu'Y. Jeanneret met en évidence, dans cette définition, l'élaboration *a priori* de la relation de communication dans la construction du dispositif. Il s'agit finalement d'un objet assez complexe : la relation est pensée en amont, puis, transposée dans un outil, ou un ensemble d'outils, qui permet de normer un cadre d'expression *a posteriori*. À ce titre, l'outil n'est pas neutre : il est porteur à la fois des stratégies préalablement imaginées, des contraintes techniques liées à sa transposition comme objet et des intentions que vont mettre les acteurs concernés dans leur utilisation.

Cette perspective, traditionnellement critique en SIC, sur les dispositifs comme outils (Jouët, 1997 ; Mayère, 2014), permet de mettre à distance le déterminisme lié à ces objets en mettant en évidence « *le poids des ressources matérielles et techniques, mais aussi l'intervention des acteurs qui mettent en place et contrôlent ces ressources [...].* » (Jeanneret, 2005:50). En l'occurrence, plus que les outils et leurs effets, ce qui nous intéresse particulièrement c'est de savoir quels ressorts les acteurs qui mettent en place et contrôlent ces dispositifs utilisent pour transformer les situations d'interaction via des dispositifs informationnels. Et comment s'opère cette transformation ? C'est notamment grâce à ces questions que nous pouvons prendre de la distance avec une conception purement technique des dispositifs et revenir à celle de Foucault selon laquelle un dispositif fait référence aux différents éléments d'une organisation préalable de l'action où s'exercent des formes de contraintes à partir du regard et du discours d'un contrôle des corps. Cela nous permet aussi, d'envisager la communication également dans sa dimension symbolique et de considérer que les échanges et les processus de médiations ont à voir avec l'interaction de constructions symboliques appartenant à chacune des parties prenantes (Quéré, 1982). Dans cette perspective, le dispositif a pour fonction de maîtriser, voire induire la part de symbolique qui n'est pas comprise en amont dans la conception du dispositif.

En ce sens, les dispositifs sont pour M. Foucault des « *technologies politiques du corps* » (Foucault, 1975 : 34). Ils ont eu, historiquement, la fonction de favoriser les productions industrielles. M. Foucault fait alors le lien avec les travaux de K. Marx sur le capitalisme. Les dispositifs sont avant tout des ressorts matériels et symboliques existant dans une perspective de production. Le capitalisme étant, en Occident, le système économique dominant depuis le XVIIIe siècle, ses liens avec le développement des dispositifs sont importants à étudier, compte tenu du projet de ce manuscrit. K. Marx, cité par M. Foucault, écrit (Le Capital, livre 1, section 4e, chap. XII) : « *Cette fonction de surveillance, de direction et de médiation devient la fonction du capital dès que le travail qui lui est subordonné devient coopératif, et comme fonction capitaliste elle acquiert des caractères spéciaux.* ».

Plusieurs éléments sont à relever dans cette citation. Le premier que nous souhaitons mettre en évidence, c'est la formulation de K. Marx à propos du travail et plus précisément du travail « *subordonné* » au capital – entendu couramment comme « *salariat* » : les différentes fonctions des dispositifs deviennent « *fonction du capital dès que le travail qui lui est subordonné devient coopératif* ». Nous soulignons le terme « *coopératif* ». Nous avons vu, précédemment, que les dispositifs s'appuient sur les corps, mais se dispensent d'une

appropriation totale de ceux-ci grâce à un cadre symbolique fondé sur la normalisation et l'utilitarisme. Cela induit chez les opérateurs une forme d'engagement, entendu ici comme « *coopération* », au sens d'association volontaire au projet de l'organisation en vue d'un profit (le salaire). La division du travail telle que pensée dans le système capitaliste suggère donc une soumission volontaire, une forme d'acceptation des contraintes des dispositifs et d'engagement, en vue d'obtenir une rétribution.

Il convient de noter que là où la perspective de Foucault diffère des approches critiques, telles que celle de L. Boltanski et E. Chiapello (1999), c'est que le premier renonce à l'analogie entre violence et idéologie, car il estime que sans pouvoir pas de production ni de savoir. Il exclut également, le fait de prêter des intentions a priori intéressées aux détenteurs du pouvoir. L. Boltanski et E. Chiapello, eux, développent une théorie résolument critique sur les dispositifs appuyant les organisations capitalistes. Ils soulignent notamment comme contraintes : l'élaboration des rythmes de l'activité, les prescriptions de conformation des corps aux gestes effectués et l'injonction à la non-oisiveté.

Dans ce contexte d'industrialisation, M. Foucault met à jour trois fonctions des dispositifs à partir des travaux de K. Marx. Une fonction de **surveillance** : il s'agit de la méthode privilégiée de contrôle à la fois des comportements et de l'activité. Une fonction de **direction** : ils assurent l'opérationnalisation de processus et de protocoles imaginés en amont par les hiérarchies par la structuration de l'espace, l'orientation des corps et la normalisation du sens de l'activité. Et enfin, une fonction de **médiation** : c'est, ici, la plus intéressante, car c'est celle qui, selon nous, confère aux dispositifs leur nature info-communicationnelle. Définie au sens large, c'est-à-dire pas seulement technique. Dans une action productive, il y a, de part et d'autre de la chaîne, des individus censés remplir des fonctions précises en fonction de buts donnés (élaborations de stratégies, encadrement des équipes, opérationnalisation des stratégies, etc.). On attend du dispositif qu'il transforme, a priori, l'environnement en vue d'atteindre ce but précis en orientant les actions des collaborateurs. Il s'agit, selon nous, d'un processus de médiation entre une intention de production et une production effective.

Le terme de « *médiation* » est couramment utilisé, selon des modalités parfois très différentes, notamment en SIC, nous y reviendrons rapidement. Nous déduisons des propos de Marx qu'il est employé ici au sens d'une action transformant la situation ou le dispositif communicationnel. J. Davallon (2003) précise qu'il induit nécessairement un contexte d'interaction (Davallon, 2003). Il permet et conditionne du même coup la relation – et la nature de cette relation – entre les différentes parties prenantes de cette relation. Or, dans son article

intitulé « La médiation : la communication en procès ? », J. Davallon soulève une question intéressante : s'il est nécessaire de transformer quelque chose dans la relation, par l'intermédiaire d'un tiers, pour qu'elles deviennent effectives, est-ce à dire que faire usage de médiation met à jour un défaut de possibilité de communication en premier lieu ?

Afin de questionner correctement la médiation des dispositifs info-communicationnels, il nous faut d'abord expliquer quelle perspective notre discipline peut avoir sur la médiation induite par les dispositifs. Nous nous intéressons en particulier aux théories qui prennent en compte la nature symbolique des échanges sociaux – par opposition à une conception positiviste – et qui analysent les « médiations symboliques » (Quéré, 1982 : 46) induites par une interaction.

Tradition de la médiation symbolique en SIC

Dans son article intitulé « La médiation : la communication en procès ? », J. Davallon (2003) a pour projet d'étudier les travaux de chercheurs en SIC autour de la médiation, afin de déterminer dans quelle mesure on peut regrouper ces travaux sous l'égide d'un champ commun. Il met en évidence que le terme apparaît dans de nombreux travaux en SIC et que, comme pour beaucoup de notions, les perspectives des chercheurs à son sujet sont souvent très différentes. Il en détermine plusieurs usages. Le premier, qu'il qualifie d'« ordinaire », permet de désigner l'action de servir d'intermédiaire dans une situation de communication, avec l'idée que cet intermédiaire facilite et/ou améliore la situation en question. Il cite, par exemple, les travaux de P. Breton (1997) et de P. Beaud (1984). Le deuxième est un usage « opératoire » de la notion, qui permet de décrire un processus spécifique dans un contexte précis²⁹.

²⁹ Selon cet usage, il recense (Davallon, 2003 : 40-44) :

- la « médiation médiatique » : qui désigne le processus selon lequel le journaliste est médiateur de l'information. Il cite, par exemple, les travaux de Croquet (1998) ou de Soulez (1998).
- La « médiation pédagogique » : qui désigne, d'une part, la position intermédiaire, à la fois relationnelle et normative, des formateurs dans l'activité d'apprentissage (Fichez et Combes, 1996) et d'autre part, le rôle des dispositifs techniques dans cette même position (Moeglin, 1998).
- La « médiation culturelle » : qui aborde le travail des professionnels de la médiation (muséale ou patrimoniale) mais qui permet également de développer tout un champ beaucoup plus théorique autour de la médiation artistique, esthétique, de la culture et des savoirs (Allard-Chanial, 1998 ; DaLage Py, Debruyne, Vandiedonck, 2002 ; Caillet, 1995 ; Thomas, 1999).
- La « médiation institutionnelle » : dans cette catégorie, Davallon regroupe des conceptions politiques (Mattelart, 1999) et sociologiques (Durampart, 1998 ; Millet-Fourrier, 1998) de la médiation. Cette

Dans cette perspective opératoire, J. Davallon propose quatre caractéristiques communes qui permettraient de délimiter ce que serait la médiation pour une partie des chercheurs en SIC. Il écrit (Davallon, 2003 : 43) :

*« Si la forme de cet élément varie considérablement d'un auteur à l'autre, en revanche, l'action de cet élément semble posséder quatre caractéristiques. (i) Cette action **produit toujours plus ou moins un « effet » sur le destinataire de la communication** : il va accéder, apprendre, passer, etc. Cette action est, de plus, modalisée : il est un bénéficiaire respecté, valorisé comme sujet, et non pas instrumentalisé. (ii) **L'objet, l'acteur ou la situation de départ subit une modification du fait qu'il est intégré dans un autre contexte**. Par exemple, l'objet technique mis en contexte d'usage fonctionne différemment du fait de la médiation, même s'il n'est pas transformé en tant que tel. Phénomène semblable pour l'œuvre d'art, le savoir, l'acteur pris en charge par une médiation. (iii) L'opérateur de l'action (l'élément tiers en tant que médiateur) est certes tantôt action humaine, tantôt objectivé sous forme de dispositif, tantôt les deux, mais quoi qu'il en soit, **il y a presque toujours débat sur sa forme et sa nature**. (iv) **L'action de l'élément tiers a toujours un impact sur l'environnement (le plus souvent l'environnement social) dans lequel elle se situe.** »³⁰*

Ce serait donc dans l'action d'intermédiation, ou en d'autres termes dans la performance communicationnelle de l'intermédiaire, que se jouerait la transformation soit de l'environnement, soit de la situation de communication initiale. Il nous semble, *de facto*, que ces conceptions opératoires de la médiation font référence, en filigrane, à la perspective traditionnelle des SIC conférant à la communication une fonction performative (Austin, 1970).

dernière s'intéressant, selon l'auteur, aux effets des nouvelles technologies en entreprise ou sur les réseaux sociaux.

- La médiation et l'usage des technologies : cette perspective met en évidence la technicisation de la communication et ses effets, mais également la dimension subjective des pratiques de communication via les outils (Jouët, 1993) – ce qui permet de sortir du déterminisme technique et social lié aux technologies.

³⁰ C'est nous qui mettons en gras.

Au-delà de cette conception opératoire de la médiation, J. Davallon (2003) souligne que quatre auteurs de la discipline ont développé une définition théorique du concept de médiation dans leurs travaux. Entreprise, écrit-il, finalement assez spécifique à la discipline. Nous nous intéressons en particulier au travail de L. Quéré (1982) qui, à l'instar d'autres auteurs en SIC, comme A. Staii (2016), adopte une posture critique sur la rationalisation des processus de médiation. Il réfute les théories positivistes de la communication, qui laissent de côté la dimension symbolique des échanges sociaux pour se concentrer sur la diffusion de l'information. Il entend par médiation symbolique « *la production d'une identité tout en affirmant une différence entre les deux interlocuteurs* » (1982:46). En interrogeant la place et l'influence des dispositifs techniques de communication, L. Quéré questionne l'objectivation de la médiation symbolique dans nos sociétés sur le mode de la scientificité. Le questionnement du chercheur est fondé sur le postulat selon lequel le fonctionnement de la société est intrinsèquement lié à la dimension symbolique de la médiation sociale. Remplacer cette médiation sociale par une médiation technique interroge fortement L. Quéré, au même titre que des auteurs plus récents comme A. Staii (2016) que nous citons plus haut, pour qui la radicalisation de la modernité, sur ce plan, constitue un réel enjeu éthique et social.

Du fait de son caractère processuel, la médiation symbolique peut avoir de multiples applications. Corrélativement à notre sujet, elle nous intéresse, particulièrement, en relation avec la communication des organisations. Transversales à l'étude critique de la normativité, les études sur la médiation symbolique ont été nombreuses en SIC. Nous faisons le choix de détailler, ici, trois axes qui nous semblent particulièrement intéressants pour amorcer notre problématique : la médiation symbolique comme « *technologie de gestion symbolique* » (Floris 1996), le rôle des actes de communications (langages et textes) dans la construction de l'organisation (De la Broise et Grosjean, 2010), et la médiation symbolique comme « *technologie d'ingénierie symbolique* » au sein des organisations (Floris, 1996 ; Vacher, 2010).

Le point commun de ces approches est que toutes trois postulent que la communication agit sur l'organisation. L'ouvrage de 1996 de B. Floris est particulièrement éclairant à ce sujet. À partir de l'analyse des fonctions de communication dans les entreprises privées, il met en évidence l'émergence et le développement de stratégies de gestion symbolique des relations sociales à l'intérieur et à l'extérieur des entreprises. Le chercheur explique notamment qu'à la fin des années 1970, de nouveaux acteurs, dont la fonction est d'assurer la transformation des formes de communication des organisations, apparaissent : les instituts de sondage, les

politologues et les conseillers en communication. Suite aux dégâts de la lutte des classes sur l'opinion française, les enjeux sont considérables : dans une perspective d'adaptation aux nouveaux enjeux de la mondialisation et du libéralisme économique, ces nouveaux acteurs sont en charge de revaloriser l'image du secteur privé dans l'espace public afin de renforcer la légitimité sociale des systèmes d'organisations en place liés au capitalisme (Floris, 1996 ; Boltanski et Chiapello, 1999 ; Illouz, 2006). Pour redorer l'image du secteur privé dans l'espace public, ces nouveaux acteurs ont notamment recours aux procédés du marketing et de la publicité. Il écrit (Floris, 1996:114) :

« Lorsque la demande – ou sa construction par le marketing – est devenue un critère dominant de la conception des productions et des services et que se sont développées les études de marché, la publicité a perfectionné ses technologies symboliques d'influence et de séduction. Les publicitaires ont étudié de façon rationalisée et systématique les modes de vie, les représentations et les comportements des consommateurs. »

Ces méthodes ont été d'une grande aide pour se faire une idée des comportements des consommateurs et adapter les productions – souvent plus en fonction des objectifs économiques de l'entreprise que des attentes et besoins des consommateurs. Se dessine alors, en filigrane, l'idée selon laquelle certaines formes de communication permettent d'influencer les comportements. Selon Floris, il s'agit, en l'occurrence, de communications usant de « *technologies symboliques d'influence et de séduction* ». Cela fait, selon nous, référence aux procédés classiques de rhétorique persuasive faisant appel à l'affectivité des destinataires pour induire chez ceux-ci un raisonnement et/ou un comportement précis, très courants notamment dans la publicité. Ce qui nous semble intéressant n'est pas, en soi, le fait que les entreprises aient eu recours au marketing pour assurer la légitimité et la promotion de leurs produits dans l'espace public, mais le fait que les mêmes techniques aient été utilisées en interne pour assurer également la régulation des comportements des salariés. Certains travaux en sciences sociales ont démontré que cette tendance eut cours grâce à l'importation du management scientifique, influencé par les théories et les méthodes de la psychologie en matière de motivation, de

régulation et de gestion des relations de travail, et par extension des affects (Le Moëgne, 1994 ; Illouz, 2006 ; Martin-Juchat, 2014).

E. Illouz (2006) explique la genèse de cette exigence de régulation tient à la montée en puissance de la psychologie dans les entreprises. Elles introduisent les émotions dans le domaine de l'action économique, renouvelant de fait la production industrielle et la communication qui l'accompagne pour assurer sa légitimité et sa promotion. À l'instar de B. Floris, E. Illouz constate que la communication devient alors, dès le XXe siècle, l'apanage de spécialistes. Elle précise, cependant, que ces spécialistes de la communication en entreprise sont, à l'origine, des psychologues. Au moment de la lutte des classes, l'idée est d'assurer une forme de médiation entre les travailleurs et les patrons grâce à l'instauration en entreprise d'une éthique communicationnelle fondée sur l'idée que la communication permet d'auto-réguler ses comportements et ses émotions grâce au langage. En d'autres termes, on demande aux travailleurs de développer de nouvelles compétences telles que l'introspection, la sympathie, l'empathie et le contrôle de son image au sein de l'entreprise pour que la personnalité de chacun devienne compatible avec son environnement de travail.

Il nous semble, en fait, que ce qui est décrit ici correspond à une forme d'instrumentalisation de la communication au service de la régulation des comportements sociaux. En l'occurrence, selon C. Le Moëgne (1994) il s'agit même de techniques de gestion de la dimension symbolique et culturelle des relations humaines dites « human engineering ». Ces techniques se fondent sur une définition de la communication comme performative au sein des organisations. En d'autres termes, toutes les formes de communications présentes au sein d'une organisation (textuelle, verbale et non verbale) construisent l'organisation, structurent les langages et organisent les rapports sociaux (Grosjean et Lacoste, 1998 ; Huët, 2008). Cet aspect de la communication des organisations a été traité par un courant SIC voué à l'étude de la question langage et travail selon la perspective des processus de mise en relation (Delcambre, 1997 ; Grosjean et Lacoste, 1998 ; Borzeix, Fraenkel, 2000). Le rôle des acteurs de la communication dans ce programme est d'assurer la traduction de cette norme comportementale imposée par la direction et de la rendre acceptable (De la Broise, Grosjean, 2010).

En France, à partir des années 1960, l'enjeu pour les entreprises est d'améliorer la gestion symbolique nécessaire aux évolutions managériales, et pour ce faire, elles conjuguent trois éléments. D'une part, comme nous venons de le voir, de nouveaux acteurs, spécialistes de la communication, deviennent incontournables dans l'élaboration des stratégies de gestion des ressources humaines en entreprise. D'autre part, pour garantir cette régulation comportementale

chez les salariés, Floris met en évidence la valorisation progressive d'une frange intermédiaire de direction qui sera en charge d'assurer « *la gestion symbolique du facteur humain* » : les cadres. À l'instar d'E. Neveu (1994), B. Floris les considère comme des « *travailleurs symboliques* ». Cela signifie qu'ils ne participent pas directement à la production ou à la vente de biens matériels ou de services, mais qu'ils ont à leur charge le « *style de vie* » des équipes, soit, l'entretien de l'environnement symbolique et culturel de travail. Ils assurent la traduction, la médiation et l'entretien de l'esprit de l'entreprise auprès des salariés. B. Floris considère que le champ des entreprises est « *structuré à partir des logiques et des légitimités patronales et salariales* ». Les rapports sociaux en entreprise sont donc structurés par des logiques de pouvoir – que Floris décrit comme une « *compétition pour l'hégémonie culturelle* » – puisque la notion de salariat induit intrinsèquement une forme de soumission.

Par ailleurs, le chercheur met en évidence qu'une entreprise est également structurée en « *capital économique, capital culturel et symbolique* ». Il nous paraît intéressant de noter que jusque dans sa composition la notion de capital est importante pour l'entreprise. De plus, cette compartimentation des capitaux laisse en soi peu de place, selon nous, à la perméabilité de ces différents éléments et donc au potentiel que renfermerait l'articulation de ceux-ci. Suite à la revalorisation de l'image de l'entreprise dans l'espace public, la part du capital culturel dans les entreprises a augmenté, augmentant du même coup les travailleurs du symbolique (Boltanski et Thévenot, 1991 ; Floris, 1996). À ce titre B. Floris considère qu'ils sont « *les éléments d'un nouveau régime de domination symbolique* » dans la mesure où ils ont en charge la « *gestion symbolique des rapports de domination* » entre direction et salariés.

Enfin, troisième élément qui permettrait de répondre aux évolutions managériales : les « *technologies de gestion symbolique* ». Le modèle idéologique que sous-tend cette médiation managériale s'appuie sur l'affirmation de l'hégémonie culturelle de la direction. Il entretient les normes au niveau symbolique grâce à l'idéologie de la « *culture d'entreprise* » formalisée par des dispositifs. B. Floris (1996) définit la culture comme une « *sédimentation* » de processus complexes de médiations. Cela induit nécessairement une construction sur le temps long. Appuyée par de nouvelles « *technologies de gestion symbolique* », l'idéologie de la culture d'entreprise vise à transformer cette sédimentation pour répondre aux nouveaux objectifs de flexibilité et de productivité des entreprises. Or, comme le souligne bien le chercheur, changer de culture ne va pas de soi, même portée par les ensembles de représentation attractifs de la modernisation. Les technologies de gestion symbolique sont principalement des dispositifs de nature info-communicationnelle, c'est-à-dire des agencements, des idées, de méthodes et

d'événements visant l'intégration des salariés aux nouvelles conditions de production des entreprises, notamment grâce à la communication managériale. Il s'agit par exemple de la mise en place de rites institutionnels (la cérémonie des vœux, l'arbre de Noël, etc.), de la valorisation de mythes fondateurs (la croissance et le progrès par exemple), de la mise en avant de certaines valeurs et de certaines méthodes de travail avec des outils valorisant l'ordre et la fluidité de l'organisation attenante au partage de l'information via des dispositifs de communication. Il s'agit notamment des stratégies mises en place dans le cadre du déploiement du Nouveau Management Public à partir des années 1980 en France (Hood, 1991 ; Gardère, 2012), nous le verrons dans le chapitre suivant.

Selon Floris (1996:160) ce sont « les éléments rationalisés d'un dispositif symbolique émanant du seul management et visant à l'hégémonie dans la gestion des relations sociales de l'entreprise. » Ils sont donc au service de la gestion rationalisée des interactions au sein de l'organisation. Cette gestion rationalisée s'appuie sur trois principes :

- le développement rapide de technologies de pointe,
- l'organisation scientifique de la production par le biais de procédures et d'indicateurs de contrôle de gestion des risques,
- des stratégies d'enchantement des discours marchands puis non marchands, au sein même de l'entreprise.

La conjonction de ces trois éléments constitue pour Floris un « *coup de force symbolique* » qui explique aujourd'hui l'hégémonie de l'idéologie managériale dans la plupart des organisations. Ces technologies de communication institutionnelle assurent le rôle de médiateur de l'idéologie managériale auprès des salariés dans le but d'exercer une influence. À ce titre, Floris les définit comme des « *dispositifs d'ingénierie symbolique* » fondés sur un management par les valeurs, visant à produire des comportements conformes aux objectifs de l'entreprise. Nous ajoutons que leur nature est info-communicationnelle dans la mesure où ils s'appuient sur les outils et les dispositifs d'information et de communication – notamment managériale – comme supports idéologiques. Cela induit qu'ils produisent – par les pratiques – et entretiennent, tout en même temps, l'idéologie managériale dans l'environnement de travail.

En résumé, l'étude des processus de communication au sein des organisations suggère de s'intéresser aux dispositifs, notamment info-communicationnels, qui permettent d'agencer et de donner à voir ces processus. Dans cette perspective, nous avons vu que les dispositifs

adossés aux stratégies managériales liées à la radicalisation de la modernité ont pour fonction de médier symboliquement les relations et les interactions en organisation afin d'assurer une forme de régulation et d'adaptation des comportements aux objectifs de l'organisation. Or, cette fonction induit selon nous des enjeux très importants au niveau des situations de communication et souvent trop peu pris en considération par les organisations, voire invisibilisés. Saisir ces enjeux nécessite donc un dernier changement de niveau d'analyse.

Situations et interactions

Cette troisième sous partie a pour objectif de présenter les concepts et les enjeux en lien avec les situations de communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). Plus précisément, il s'agit d'analyser les interactions et les relations qui structurent le travail, les procédés de construction collective de sens et les problématiques pratiques liées à l'interprétation et à la mobilisation de connaissance en situation (Bouillon, 2004). La prise en compte des situations de travail et de l'expression de la communication organisationnelle au quotidien permet notamment de comprendre la relation individu, organisation, communication (Andonova et Vacher, 2009) grâce au processus de subjectivation compris dans les interactions (Alemanno, 2014 ; Bernard, 2002). Il s'agit ici de mettre en évidence les conséquences et les enjeux de la fonction de médiation symbolique attribuée aux dispositifs info-communicationnels. Notre approche critique nous permettra de souligner un certain nombre d'enjeux éthiques et sociaux qui se traduisent par des tensions au sein des organisations. Ces tensions nous permettront d'interroger l'efficacité de la médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels.

Tout d'abord, il convient de définir le concept de situation porté par les ACO pour ensuite souligner les enjeux attenants à leur relation aux dispositifs. En l'occurrence, ce qui intéresse particulièrement le chercheur en ACO ce sont les situations de communication inhérente aux situations de travail. Selon J.-L. Bouillon (2008) elles « *constituent le lieu où se construisent des représentations partagées de l'organisation nécessaires à la mobilisation des connaissances* » (Bouillon, 2008 : 9). Une situation constitue alors l'ensemble des conditions matérielles et symboliques permettant la possibilité d'une interaction. Dans un écrit sur les processus de rationalisation cognitive des organisations (2004), il précise, à partir des travaux de P. Delcambre (1997), S. Grosjean et M. Lacoste (1999) et M. Lacoste (2000), que cette dimension située s'intéresse aux formes de communications qui structurent le quotidien de

travail soit les interactions verbales, non verbales et écrites élaborées dans un cadre professionnel, c'est-à-dire où les parties prenantes font communauté à partir d'un objectif commun de réalisation d'une action (Bouillon, 2008). Cette dimension est comprise dans la dimension processuelle précédemment développée et dépend fortement de la nature des dispositifs compris dans les processus de communication organisationnels.

Enjeux de la médiation symbolique

La fonction de médiation symbolique de ces derniers exerce une influence non négligeable sur les situations de communication. Il convient, ainsi, d'en dégager les enjeux. Pourtant, ces enjeux sont souvent peu traités, mis de côté, voire invisibilisés par les organisations. D'après nos recherches, ces enjeux peuvent être catégorisés en trois thèmes principaux : les enjeux de manipulation et de domination (Floris, 1996), les enjeux de surveillance et de contrôle (Foucault, 1975 ; Appel, Heller et Mossou, 2010), des enjeux de normalisation, de prescription (Vacher, 2010 ; Lépine, 2018) et de mobilisation et d'engagement, notamment affectifs (Martin-Juchat, 2008a ; Lépine, 2018).

Pour résumer, nous pourrions dire que cet esprit de gestion perdure dans les organisations grâce à la médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels mis en place pour assurer sa légitimité et son incorporation. Ces dispositifs ont pour visée de produire et d'entretenir l'adhésion, « *au moins passive* » ajoute B. Floris (1996 : 207), des salariés à l'idéologie managériale. D'emblée, cette pratique nous interpelle en termes éthiques. Dans la mesure où ces dispositifs ont pour fonction la gestion symbolique des relations sociales au sein de l'organisation, dans le but de les faire concorder harmonieusement avec les objectifs de l'entreprise, ne peut-on pas parler de manipulation ? Dans cette perspective, les technologies de gestion symbolique peuvent être à la fois des outils visant l'optimisation de l'idéologie managériale, mais également visant la régulation et le lissage des comportements sociaux au sein de l'organisation. En outre, l'injonction à adopter une certaine ligne de conduite pose elle-même question, dans la mesure où elle est produite et diffusée selon les modalités des agents dominants de l'organisation. Cela signifie que l'usage de dispositifs info-communicationnels, précisément pour médier les référentiels symboliques au sein de l'entreprise et diffuser une certaine idéologie, fait écho en soi à des enjeux de *domination* et de manipulation. Ici il faut

entendre la domination au sens d'imposer un référentiel symbolique unique et *manipulation* au sens d'influence des comportements via des dispositifs induisant, parfois, des stratégies plus ou moins visibles et intentionnelles, telles que des discours d'embellissements ou des dispositifs qui promeuvent certaines valeurs par rapport à d'autres, afin de faciliter les processus de médiation.

Cela nous ramène à la nature contraignante des dispositifs. Les enjeux de contrôle et de surveillance, attenants à la rationalisation des organisations, induisent leur multiplication en vue de produire des indicateurs de performance. Appel, Heller et Mossou (2010) reprennent l'hypothèse de Deleuze (1990) et expliquent que la prégnance du modèle de l'entreprise dans l'espace public induit des indices de changement de régime de domination. Ils citent notamment « *la communication instantanée en milieu ouvert* », « *le contrôle continu* » et la valorisation des « *processus de subjectivation* » en regard des « *processus d'incorporation* » pour expliquer le passage d'une société disciplinaire à une société de contrôle. Malgré cette transformation, les dispositifs gardent leur nature disciplinaire, soit leur pouvoir de contraindre les corps, mais contrairement aux dispositifs décrits par Foucault (1975) les modèles de gestion ne sont pas suffisants pour garantir une adhésion totale. En revanche, les travaux de Bolstanski et Chiapello (1999) ont montré que le recours à un « *esprit* » confère à un modèle la légitimité nécessaire pour lui assurer suffisamment d'adhésion. Dans cette perspective, la communication – notamment managériale – à un rôle prédominant à jouer dans l'acceptation de la surveillance continue et du contrôle par les salariés (Appel, Heller et Moussou, 2010). La multiplication des discours d'embellissement (Cabedoche, 2014) et de valorisation autour de l'autonomie, ainsi que le développement des méthodes de management participatif auraient donc eu pour objectif de renforcer l'implication des salariés dans leur sujétion. Depuis les années 1990, le consentement à la sujétion n'est donc plus induit seulement par l'asymétrie des rapports de pouvoir dans les organisations, mais également par des dispositifs de médiation symbolique opérant au niveau individuel chez les salariés, répondant ainsi à la nécessité stratégique de surveiller et de contrôler l'activité, les comportements et l'implication des salariés.

Or, Floris (1996) précise pourtant que la dimension stratégique de l'utilisation de dispositifs info-communicationnels n'abuse personne au sein des organisations, malgré les tentatives d'enchantement par des discours d'embellissement (Cabedoche, 2014). Cette mise en scène enchantée de la part de la direction peut, au contraire, cristalliser des tensions déjà présentes et relatives à l'organisation du travail et à l'agencement des rapports de force au sein

de l'organisation. Dans cet entremêlement complexe d'optimisation et de régulation, les cadres ont une position pour le moins délicate. De l'entretien de l'engagement des salariés à la surveillance de leur performance par la production d'indicateurs, ces travailleurs symboliques (Neuveu, 1994) assurent, de fait, selon Floris, « *la gestion symbolique des rapports de domination* » (Floris, 1996 :146), c'est-à-dire la médiation nécessaire à l'entretien de l'idéologie managériale. Or, corrélativement aux enjeux de domination et de manipulation que nous venons de soulever, par extension, ils sont « *les éléments d'un nouveau régime de domination symbolique* » (Floris, 1996:145) sans pour autant y adhérer complètement.

Parallèlement, la multiplication de dispositifs info-communicationnels, notamment techniques, au lieu d'unifier la communication au sein de l'organisation aurait tendance, selon Floris, à la morceler. Il écrit (Floris, 1996 : 227) :

« Le problème vient de la séparation entre un rôle de communication fonctionnelle du travail et un rôle de communication institutionnelle de l'entreprise. L'une est obligée, quoique dans des cadres sévèrement limités et contrôlés, de recourir à des formes réelles de communication intersubjective. L'autre la contourne pour recourir à une gestion symbolique du social par des technologies de manipulation des idées, dont les moyens, les compétences et les méthodes sont du côté des agents dominants de l'entreprise. »

Ce que Floris appelle ici la « *communication fonctionnelle* » est composée de toute forme de communications intersubjectives encadrées par les dispositifs techniques de médiation de l'information, comme les systèmes d'informations que l'on trouve couramment dans les organisations – réduits à leur simple acception informatique. Lorsqu'il fait allusion aux « *cadres sévèrement limités et contrôlés* » de cette communication intersubjective, il dénonce à la fois le morcellement des tâches en informations partielles et la normalisation de la production et de la diffusion des informations essentielles à l'activité. Il distingue cette communication de la « *communication institutionnelle* », comme si l'organisation était scindée en deux univers régis par des principes communicationnels différents. D'un côté la communication intersubjective

réelle apparaît enfermée dans le carcan normatif des dispositifs, de l'autre les considérations symboliques qui régissent le sens de l'activité et des objectifs de l'organisation sont construites et prescrites en dehors de cette communication intersubjective. Selon nous, les enjeux de cette scission touchent à la construction individuelle du sens au travail et posent la question des tensions que peut engendrer cette prescription. B. Vacher (2010) s'est également intéressée à cette question du sens en relation avec les dispositifs, plus particulièrement les dispositifs de gestion. Elle interroge la notion de « *cadrage* » qu'offrent ce genre de dispositifs et leur dimension normative au niveau physique et symbolique. Elle met en évidence que la prescription contraint les échanges et la créativité, là où la proscription apporte plus de marge de manœuvre aux équipes. Aussi, multiplier les protocoles et les prescriptions encouragerait paradoxalement les pratiques de détournement et à la longue décrédibiliserait les dispositifs (Vacher, 2010).

En résumé, la perspective des ACO est composée de trois niveaux d'appréhension de la communication dans les organisations. Le niveau le plus général traite des politiques et des stratégies de communication internes et externes influencées, comme on a pu le voir, par le contexte idéologique dans lequel s'inscrit l'organisation. À partir de ces politiques sont déployés des processus de communication afin de concrétiser les objectifs de l'organisation. Pour appuyer ces processus, sont développés des dispositifs info-communicationnels qui influent sur les situations de communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). À travers les enjeux de la médiation symbolique portée par les dispositifs info-communicationnels, nous avons vu que les questions en termes de domination et de prescription sont nombreuses. La question de la contrainte et du contrôle est attenante à la rationalisation des organisations.

Dans ce travail nous cherchons à questionner l'influence de ces dispositifs sur les situations de travail. Approcher ces questions par les situations, traduit notre intérêt pour la matière sensible des échanges entre individus. À la lumière de notre cadre théorique apparaissent des enjeux invisibles (et peu traités) qui ont trait directement à cette matière sensible de la communication. Si les dispositifs ont une influence directe sur les situations, par extension ils ont une influence sur les processus de subjectivation du travail et sur les interactions verbales et non verbales. Or, si l'on saisit, pourtant, la pertinence de les prendre en compte dans une perspective de marchandisation, les grands oubliés de la communication au travail sont actuellement les affects (Martin-Juchat, 2008, 2014, 2016). Les situations de

communication se composent d'interactions verbales et non verbales fondées sur des processus de subjectivation, notamment affectifs (Dumas, 2016 ; Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018). Pourtant, il semble que les affects ne soient pas partie prenante des processus organisationnels : pourquoi ? Qu'est-ce qui les rend inacceptables en situation de travail ? L'objectif de la section suivante est d'apporter des éléments de contextes et de développer les éléments théoriques nécessaires pour comprendre la place des émotions au travail aujourd'hui.

Section 3 : Les communications affectives au travail

Ainsi, si les organisations reconnaissent volontiers la valeur des affects en termes de communication externe³¹ ou interne³², n'a-t-on pourtant jamais entendu des injonctions comme celle de laisser ses problèmes à la porte avant d'arriver au travail ? Ou encore de ne surtout pas manifester d'animosité envers ses collègues ou ses managers pour ne pas s'attirer d'ennui ? Ou bien de serrer les dents face à telle ou telle situation. Les affects ne semblent que partiellement acceptables au travail. Pourquoi ? Ils représentent pourtant une partie non négligeable des processus de subjectivation, de la construction des valeurs, des systèmes de représentations et, nous le verrons, peuvent être des éléments moteurs pour l'action. Or, entre injonction à l'engagement et au contrôle, nous verrons dans cette section que les liens entre affects et travail tiennent plus de la dualité instrumentalisation – méfiance que d'une réelle prise en compte. Nous verrons également dans quelles mesures, précisément parce que ce sont les grands oubliés des relations de travail, les affects, par l'intermédiaire des corps communicants (Martin-Juchat, 2008a), sont intéressants à étudier comme marqueurs de la réalité organisationnelle. Comme le négatif d'une photographie, ils sont peu visibles, rarement mis en avant et témoignent pourtant de la réalité d'une situation prise sur le vif.

Cependant, pour bien comprendre les tenants et aboutissants de ces enjeux, il convient d'expliquer dans un premier temps les termes de « *communication affective* ». En SIC, une approche par la « *communication affective* » fait appel à des théories relativement récentes sur la fonction de médiation des affects. Les travaux de F. Martin-Juchat ouvrent, à ce titre, la voie

³¹ Notamment avec le marketing affectif (Martin-Juchat, 2014) : procédé de marchandisation des affects par la mise en scène, l'appel et la valorisation d'expériences à haute teneur émotionnelle, pour susciter le désir et provoquer l'achat.

³² Notamment avec des processus de régulation sociale relayés par la communication interne. On peut citer les références aux mythes fondateurs ou aux figures mythiques pour favoriser l'engagement (Floris, 1996) ou bien en ayant recours à des procédés tels que les discours d'embellissement (Cabedoche, 2014).

à une approche nouvelle du corps et des émotions dans leur composante communicationnelle (Martin-Juchat, 2008a). Dans son ouvrage *Le corps et les médias. La chair éprouvée par les médias et les espaces sociaux*. (2008), la chercheuse tente de comprendre comment et pourquoi le lien entre « éprouver le corps » et « marquer les esprits » se généralise dans les stratégies de communication à visées commerciales, et par extension aux raisons anthropologiques et sociales qui sous-tendent ce constat. Elle développe ainsi, une théorie communicationnelle du rôle du corps dans les processus de cognition.

À partir des travaux de M. Jousse (1969) et H. Wallon (1987) elle détermine, en premier lieu, que l'attachement est un besoin primaire qui nous permet de nous constituer comme être social. Il permet de construire des liens sociaux et de saisir les codes de communication ambiants par contagion et imitation. S'appuyant sur des travaux issus de la cognition incarnée (Damasio, 1999 ; Fontanille, 2004), son ouvrage permet de mettre en évidence que la construction de sens est un processus faisant l'objet d'une médiation sociale à la fois physique, affective et symbolique (Martin-Juchat, 2014). Les neurosciences ont appuyé ce positionnement en déterminant rapidement que sans émotion, aucun comportement social n'est possible. Mélange subtil de physiologie, de sensations et de cognitions (Delefosse, 2002), les manifestations affectives se construisent socialement par rapport à un contexte donné. Mais quelles différences entre passions, émotions, sentiments et affects ? F. Martin-Juchat propose une typologie claire des manifestations affectives (Martin-Juchat, 2008 : 64 -65).

- Les passions ou pulsions sont des états fusionnels non conscients dont les réactions sont visibles et incontrôlables. Elles sont très expressives et contagieuses.
- Les émotions – du latin *emovere* – mettent les corps en mouvement et conditionnent la mise en mots des sensations. La chercheuse précise à ce titre que l'exploration de la dimension affective de la communication comme « appropriation sensible des systèmes de significations » est à rapprocher d'autres travaux en SIC. Elle cite notamment, V. Carayol, B. Galinon-Méléneuc ou encore B.Vacher. Les émotions sont un processus de réponse instinctif à un stimulus extérieur, verbal ou non verbal. Elles fonctionnent comme une passion.
- Les sentiments peuvent être inconscients ou conscients. Selon A. Damasio (1999), ils sont définis par le temps et l'attention que l'on accorde à une émotion. S'ils sont non conscients, ils ne sont que peu expressifs et leur expression physique sera construite culturellement. S'ils sont conscients, ils pourront être communiqués verbalement.

- La chercheuse privilégie le terme « *affect* » pour parler des manifestations affectives susnommées dans leur ensemble.

Dans ce travail nous privilégions l'utilisation du terme « *manifestations affectives* » pour qualifier toute forme d'expressions verbales ou non verbales des « *affects* ». Nous utilisons le terme de « *manifestations* » en référence à la phénoménologie d'Husserl (1901 ; 1964 ; 1969 ; 1985). Pour comprendre cette association entre manifestation et affectivité, il convient de reprendre le lien entre *conscience* et *intentionnalité* dans la phénoménologie. Husserl explique que les éléments du monde qui nous entourent, n'existent pas en dehors de notre conscience. Ils n'existent pas par essence, dans l'Absolu, pour ensuite entrer en lien avec notre conscience. Monde et conscience se donnent en même temps. Ainsi, de notre point de vue, celui de la conscience, le monde est relatif à la perception que l'on en a et à la façon dont nous sortons de nous-mêmes pour afin de percevoir l'autre, l'objet, le monde. Le philosophe écrit : « *Toute conscience est conscience de quelque chose* » (Husserl, 1969). Cela signifie que pour exister, la conscience doit toujours être conscience d'autre chose.

Ces éléments se manifestent à la conscience. Du latin <*manifestare*>, se manifester signifie : faire connaître, faire paraître, révéler. Ce sont des « *phénomènes* », c'est-à-dire des faits, des événements, des éléments qui se donnent à voir et à sentir à la sensibilité de la conscience. Les façons dont nous recevons ces manifestations sont diverses. La conscience ne se limite pas à la connaissance, c'est seulement une forme *possible* de la conscience. Il en existe d'autres, notamment *l'intentionnalité*. Il s'agit d'une forme d'appréhension du monde qui se traduit par une « *réaction subjective* ». « *Être conscient* » pour Husserl décrit le mouvement de découverte d'un élément. Lorsqu'ils se manifestent, les éléments du monde nous laissent une impression, parfois sympathique, détestable, confuse, etc. Le mouvement de la découverte est fait de cette impression, traduite par une « *réaction subjective* ». La phénoménologie remet le corps au centre de la conscience. Tout est en dehors de nous, pour en prendre conscience, il faut entrer en interaction avec chaque élément du tout. Le corps est notre première interface avec le monde et nos « *réactions subjectives* » émanent de notre perception physique des phénomènes.

Dans ce travail, nous considérons les manifestations affectives comme des « *phénomènes* » de « *réactions subjectives* ». Cela signifie qu'elles se définissent comme des faits, des événements qui se donnent à voir et à sentir à autrui et qui expriment, volontairement ou non, une « *réaction subjective* » par les affects.

Le corps joue, ici, un rôle prépondérant dans la médiation entre signaux perçus et expression. Formaté par l'éducation et la culture, le « corps affectif » se fait médiateur entre signaux perçus qui structurent nos échanges et expression selon les codes en vigueur dans notre environnement. Selon F. Martin-Juchat (2008) les émotions se composent de deux types de signaux : immédiats et non-conscients d'un côté et symboliques et synthétiques de l'autre, c'est le corps qui permet d'assurer l'articulation des deux grâce à un « processus sentimental » (Martin-Juchat, 2008 : 67) qui permet de faire passer l'émotion par le filtre de l'attention et du jugement et de la transformer en sentiment. Cela donne lieu à différents processus d'expression. Les plus courants en situation d'échange sont (Martin-Juchat, 2014) :

- L'empathie, qui correspond à ressentir les mêmes émotions que l'autre tout en ayant conscience de ne pas être l'autre. La chercheuse précise que c'est assez rare.
- La sympathie, qui correspond à ressentir des émotions positives pour l'autre.
- La fusion, qui correspond à ressentir ce que l'autre ressent en pensant être l'autre, elle fonctionne sur un principe de projection identitaire puis affective.
- L'identification, qui consiste à imiter le comportement affectif de quelqu'un d'autre.
- Le transfert, qui consiste à reproduire exactement des schémas affectifs situés en dehors du cadre initial.

Dans cette perspective, « *le corps affectif* » se fait à la fois média et médiateur des relations et échanges interpersonnels. Les travaux de F. Martin-Juchat, s'inscrivent dans la continuité de l'interactionnisme symbolique et des anthropologies du corps proposées par Winkin (1996 [2001]) et Le Breton (1990). À partir de ces approches, la chercheuse propose une forme d'exploration scientifique fondée sur les usages des corps : l'anthropologie par la communication affective. Cette approche ethnographique des phénomènes sociaux postule que la communication peut nous donner les clefs de compréhension d'une culture et que la façon dont nous mettons en scène nos corps en société donne à voir cette culture. Bien sûr, l'étude des corps affectifs n'est possible qu'à travers l'attention et l'analyse réflexive du corps et des manifestations affectives de l'observateur.

D'un point de vue strictement disciplinaire, l'originalité de l'approche réside dans son appréhension des corps, encore relativement peu étudiés en SIC, et sa spécificité, dans cette double analyse de l'objet et du regard porté sur l'objet pour faire émerger la façon dont les pratiques génèrent du lien, des normes et du sens commun en société. Ainsi, étudier les corps

affectifs au prisme de la communication revient à considérer les affects comme incontournables dans les processus de cognition et de sémiotisation qui permettent la construction de l'individu comme être social. Nous avons vu, précédemment, que selon une perspective ACO explorer les phénomènes info-communicationnels en organisation permet de saisir comment l'on fait organisation (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). Si les affects, au niveau microsocial, sont constitutifs des processus de cognition et de sémiotisation, ils jouent un rôle a priori tout aussi important dans ces processus en situation d'interaction. À ce titre, n'est-il pas intéressant d'envisager les manifestations affectives (verbales et non verbales) comme des phénomènes info-communicationnels ? À l'échelle des situations en organisation, les échanges affectifs nous donnent des informations sur la façon dont une équipe crée du lien, du sens, réagit et construit les normes. En remontant l'échelle des niveaux proposée par les ACO, on peut supposer que par extension, les tendances affectives (par corps de métiers par exemple) présentes au sein de l'organisation pourraient nous donner des informations sur les représentations, les valeurs de l'organisation, des acteurs, de les comparer et de faire émerger les dissonances. A ce titre, la prise en compte des affects dans les processus nécessaires au « faire organisation », nous semble avoir une valeur ajoutée non négligeable. Pourtant, nous allons le voir dans la sous-partie suivante, les affects ont aujourd'hui une place ambivalente dans les organisations. Dans le même temps exigée et invisibilisée, la flexibilité est de mise pour les acteurs.

Émotions et travail aujourd'hui : entre engagement et gestion des émotions par la communication

Si les communications affectives peuvent être considérées comme performances de la culture, que disent nos émotions de notre société, aujourd'hui ? Selon la perspective de F. Martin Juchat (2014 ; 2016), les émotions sont, aujourd'hui, considérées comme des marchandises ou, au mieux, comme une partie de soi à maîtriser, un objet à façonner et à perfectionner pour répondre aux injonctions imposées par notre système symbolique – qui rappelons-le est fortement influencé par les intentions de survivance du capitalisme. Les techniques de communication marchandes utilisent, depuis quelques années déjà, les émotions comme vecteur privilégié de mise en mouvement des corps conférant au capitalisme, une dimension résolument affective (Illouz, 2006 ; Martin-Juchat, 2014 ; Dumas, 2016). Notamment dans le marketing, la mobilisation des émotions est une pratique généralisée de

captation de l'attention et d'incitation à la consommation. D'un point de vue critique, cela constitue une forme d'instrumentalisation des affects des consommateurs dans une perspective économique. Il convient de noter qu'avec le contexte d'accentuation des logiques capitalistes et de radicalisation de la modernité, par extension, cette instrumentalisation glisse vers la rationalisation et la codification du soi affectif en public (Illouz, 2006 ; Dumas, 2016 : 154). A. Dumas, écrit à ce sujet (Dumas, 2016 : 154) :

*« Il s'agit là d'un point de glissement entre des **pratiques de consommation des affects** (corollaire de techniques marketing de vente par les affects, qui tendent à générer de l'émotionnalité dans une visée incitative et marchande) et « **des pratiques de soi** », pour reprendre un terme foucauldien, qui s'inscrivent dans une **logique d'objectivation des affects et partant, de leur instrumentalisation.** »*

Et plus loin :

*« En résumé, les logiques de marchandisation par les affects, se font **marchandisation des affects eux-mêmes**, au travers de **processus d'individuation et de subjectivation**, au prises avec un contexte social promoteur de **performances** (Ehrenberg, 1991). Dès lors, les logiques de marchandisation en question participent d'un « **gouvernement de soi** » qui, pensé au service du capitalisme comme système d'organisation sociale, **peut prendre la forme d'une gouvernementalité des individus** (Foucault, [1975], 1994a), telle que définie précédemment. »³³*

En l'occurrence, la rationalisation du « *soi sentimentalisé* » se formalise par des profils affectifs normalisés qui, diffusés et reproduits en série, finissent par s'imposer comme des modèles de savoir-être en société. Cela signifie que dans une utilisation marketing, l'instrumentalisation des affects qui incite à vivre des expériences affectives, est en fait une prescription affective. Comme l'expliquent très justement F. Martin-Juchat (2014) et A. Dumas (2016), c'est à ce titre

³³ C'est nous qui mettons en gras.

que la marchandisation *par* les affects se transforme en marchandisation *des* affects et connote durablement le capitalisme avec de réelles injonctions affectives, mais moins perceptibles, car esthétisées par le marketing.

Par ailleurs, ces deux citations nous montrent que le phénomène d'instrumentalisation des affects ne concerne finalement pas que le monde de la consommation. En se faisant prescription affective, les profils affectifs normalisés deviennent des attendus sociaux et donnent lieu à des pratiques renouvelées de mise en scène affective de soi, notamment au travail. On peut citer par exemple, l'enthousiasme débordant des lettres de motivation ou encore, la généralisation des photographies de type studio (fond uni, posture normalisée, rendu lisse, mise en scène d'une énergie particulière) sur les réseaux sociaux professionnels comme LinkedIn ou Viadeo. Ces pratiques de mise en scène du professionnalisme répondent en fait à des attendus de la part des organisations. Cela laisse entendre que, pour être employable, il convient de se conformer à un certain type de profil affectif adapté *a priori* au contexte de l'organisation. À l'instar de Dumas (2016), nous privilégions une lecture contextuelle de ce phénomène et souhaitons mettre en évidence comment ces logiques façonnent les organisations. Il convient alors de préciser les particularités de ce contexte en regard des injonctions du capitalisme affectif et de prendre en compte les particularités des organisations qui nous intéressent en premier lieu : les centres hospitaliers comme organisations publiques de santé, ainsi que les spécificités des pratiques communicationnelles des personnels de soin, de la façon dont ils construisent leur activité et le sens qu'ils lui attribuent. On retrouve dans le monde du travail des profils affectifs attribués à chaque fonction afin de répondre au mieux aux objectifs de l'organisation. Par exemple, l'idéal du manager polyvalent, réactif, flexible, toujours de bonne humeur, motivant et performant est aujourd'hui une posture très couramment attendue dans les organisations.

Historiquement, la question de l'affectivité s'est très largement répandue dans le monde des organisations à partir du XXe siècle, notamment dans la perspective d'un développement du management sur un mode plus « humain » (Illouz, 2006 ; Boltanski et Chiapello, 1999 ; Chanlat, 2003). La large diffusion des travaux d'E. Mayo (1924 ; 1927) et la généralisation des discours issus de la psychologie ont permis aux professionnels de la gestion de se saisir de cette question de l'affectivité, pour faire évoluer leurs stratégies managériales dans le sens, à la fois, d'une meilleure maîtrise comportementale de leurs employés et d'un plus grand investissement affectif dans les objectifs de l'entreprise. Ces nouvelles stratégies font intervenir la nécessité

d'un savoir-être sur les lieux de travail qui fait l'objet d'une prescription et d'une codification en accord avec les objectifs de l'entreprise en amont. Ces attendus sont formalisés comme « *compétences émotionnelles* » (Lépine, 2018) et entérine l'instrumentalisation des affects au service du travail dans les organisations. À la fin des années 1990, l'influence des travaux de D. Goleman (1999) permet de généraliser l'idée que la réussite personnelle, sociale et professionnelle est favorisée par l'acquisition et le développement de ce qu'il appelle « *l'intelligence émotionnelle* ». A. Dumas (2016) fait une très bonne synthèse de la distinction que l'auteur fait entre « intelligence émotionnelle d'une part » et « compétences émotionnelles » de l'autre. Elle écrit (Dumas, 2016 : 161) :

« [...] - l'intelligence émotionnelle dépend à la fois du potentiel individuel, mais aussi des « capacités à apprendre diverses aptitudes pratiques » (Goleman, 1999 : 39) ; elle se caractérise à travers cinq composantes : 1) la conscience de soi, caractérisée par le fait de pouvoir percevoir et comprendre ses émotions, 2) la maîtrise de soi, qui permet de gérer ses états intérieurs et ne pas se laisser submerger par ses impulsions, 3) l'auto-motivation, qui participe de l'atteinte des buts fixés, 4) l'empathie, définie, chez l'auteur, comme la capacité à capter et comprendre les états affectifs des autres et 5) la maîtrise des relations humaines, de l'ordre de l'aptitude sociale soit entrer en relation, communiquer avec autrui,

- les compétences émotionnelles, quant à elles, relèvent des aptitudes émotionnelles attendues au sein de la vie professionnelle ; le chercheur les articule, comme dans une relation de nécessité, à la performance à l'échelle individuelle, mais aussi organisationnelle. Si les compétences émotionnelles sont liées à l'intelligence émotionnelle, elles ne lui sont pas totalement aliénées [...]. »³⁴

³⁴ C'est nous qui mettons en gras.

Les ouvrages de D. Goleman sont conçus comme des guides d'accompagnement et de préconisations en vue de l'amélioration de notre savoir-être en entreprise. Cette posture proche du consulting et du coaching nous montre en filigrane combien la question des affects est donnée comme une question relevant exclusivement de l'individu. Cette perspective a été mise en évidence dans les travaux de Boltanski et Chiapello (1999) comme relevant du renouvellement et de l'accentuation des logiques capitalistiques : l'individualisation propre aux logiques de propriété privée propres au capitalisme, se ferait, dans un contexte de radicalisation de la modernité, isolement et responsabilisation totale de l'individu face à des problématiques considérées comme relevant de l'intime. Comme nous le disions précédemment, dans un contexte de marchandisation des affects, ceux-ci sont considérés au mieux, comme une partie de soi à maîtriser, un objet à façonner et à perfectionner. Donc, non seulement la responsabilité nous incombe entièrement de les façonner de façon à répondre à des injonctions en dehors de nous, mais, en plus, il s'agit de les façonner de façon à nous rendre moins imparfaits, plus présentables et opérationnels. Cela revient à dire que nous ne le sommes pas en amont, avec une affectivité moins normalisée. Cette posture est héritée des conceptions mécanistes et rationalistes du corps, notamment cartésiennes. Elle est à l'origine des tendances actuelles de gestion émotionnelle, de maîtrise de ses émotions, de sa communication en société et au développement de formations et de coaching en communication et en gestion des émotions (Olivesi, 2006 ; Heller, 2009). On pourrait imaginer que ce phénomène ne concerne que les managers. Se faisant à la fois contact privilégié des équipes opérationnelles et relais des stratégies de la direction, il est concevable que leur communication et leur posture soient normées par les objectifs de l'entreprise. Or, Olivesi (2006) montre que les compétences communicationnelles sont des attendus qui dépassent largement la position des managers.

Paradoxalement, les attentes des organisations ne vont pas uniquement dans le sens d'une totale maîtrise de ses émotions. Nous avons vu que la tendance est à la conformation à des profils affectifs idéaux, adaptés à la profession que l'on exerce en fonction des objectifs de l'organisation. Cependant, les attentes à l'embauche sont *a minima* : les démonstrations³⁵ d'enthousiasme et les promesses d'engagement. En situation ce sont, *a minima*, les démonstrations d'engagement et de conformation aux attendus de l'organisation en termes de savoir-faire et de savoir-être. Cette notion d'engagement est importante pour le contexte qui est le nôtre : à mi-chemin entre la motivation et le dévouement, elle est héritée des premières formes

³⁵ Entendus comme manifestations intentionnelles.

d'esprit du capitalisme qui considérait le travail comme *Beruf* [vocation] (Weber, 1905 | 1964). Cette valorisation de l'engagement dans le travail est restée à travers les âges grâce à sa caractéristique première : est engagé celui qui se conforme, avec enthousiasme, aux attentes professionnelles et sociales de son organisation. Ce qui fait de cette caractéristique une composante flexible selon le modèle d'organisation. Selon L. Boltanski et E. Chiapello (1999) l'engagement dans le travail est une condition *sine qua non* à l'obtention d'un emploi. C'est toujours le cas aujourd'hui, le contexte de marchandisation des affects ayant permis la diffusion et la reproduction de profils affectifs normés, nous jouons les rôles attendus de nous en fonction des situations. Or, L. Boltanski et E. Chiapello faisaient déjà l'hypothèse d'un paradoxe idéologique entre valorisation de l'engagement et injonction à la flexibilité dans un monde dit connexionniste. Dans le cas d'une non-conformité aux attentes, soit par absence d'engagement manifeste, soit par simple échec, « *C'est leur capacité à "se réaliser" dans l'accomplissement d'une œuvre quelconque [...] qui se trouve mise en cause* » (Boltanski et Chiapello, 1999 : 560) écrivent-ils. Cela entraînerait invariablement la dévalorisation de l'individu et son isolement.

Synthèse des acquis

En conclusion de ce premier chapitre, nous souhaitons tout d'abord rappeler que notre objectif était de présenter et d'expliquer les différents concepts qui permettent le cadrage théorique de notre sujet. Aussi, il s'est agi de développer à la fois les enjeux de la rationalisation des organisations et de faire le lien avec l'intérêt de prendre en compte les émotions au travail pour étudier cette rationalisation.

Pour ce faire nous avons fait le choix d'une « *approche communicationnelle des organisations* » (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) comme cadre intégrateur à la fois théorique et méthodologique³⁶, postulant notre inscription dans le champ des communications organisationnelles porté par les SIC. Il s'est agi de montrer, dans notre première section, la pertinence disciplinaire de ce choix pour appréhender les dispositifs adossés à la rationalisation des organisations. Cette approche permet, en substance, de mettre en évidence les activités et processus symboliques de construction de sens au sein des organisations grâce à l'exploration

³⁶ Nous aborderons les composantes méthodologiques dans la deuxième partie de ce manuscrit.

des phénomènes info-communicationnels qui la composent. Ces phénomènes info-communicationnels relaient « *des discours, des représentations sociales, mettent en œuvre des dispositifs* » (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) qui participent, notamment, à l'élaboration de nos représentations collectives et individuelles (Moscovici, 1989) et de nos valeurs (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014) et permettent d'accéder aux dimensions symboliques qui traversent et construisent les organisations. Cela sous-entend, notamment, que l'organisation est envisagée comme « *un niveau intermédiaire de structuration sociale, qui joue un rôle crucial dans la mise en relation des niveaux individuel, interindividuel et sociétal* », c'est-à-dire comme « *catégorie conceptuelle* » permettant de saisir comment « *faire organisation* » selon trois niveaux : les politiques de communication, les processus et les situations (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007).

Notre deuxième section nous a permis d'aller plus dans le détail de ces différents niveaux et d'expliquer les concepts qui leur sont liés. Nous avons vu notamment que le niveau des politiques et des stratégies de communication est influencé par le contexte idéologique dans lequel s'inscrit l'organisation. De nos jours, il est marqué par une très forte expansion du capitalisme, de la modernité et de leurs ensembles de représentations. Ces derniers conditionnent à la fois les valeurs, les objectifs et les stratégies communicationnelles des organisations. Pour rendre opérationnelles ces stratégies, celles-ci s'appuient sur des dispositifs, notamment info-communicationnels, à qui l'on prête une fonction de médiation symbolique, c'est-à-dire d'induire des normes et de conformer les représentations des acteurs à celles-ci dans le cadre du travail. Cela peut-être par l'utilisation de discours d'embellissement (Cabedoche, 2014), de valorisation active de certains profils professionnels normés (le manager performant) ou de figures mythiques (le héros). Ces stratégies ont pour objectif d'influencer les situations de communication, ce qui soulève notamment des questions en termes de dominations, de prescriptions, de contrainte et de contrôle, attenantes à la gestion rationalisée des organisations.

Notre travail consiste à questionner l'influence de ces dispositifs sur les situations de communication et sur ses conséquences au niveau microsocial. Ces situations se composent d'interactions verbales et non verbales fondées sur des processus de subjectivation, notamment affectifs (Dumas, 2016). Ceux-ci ne sont, actuellement, pris en compte que partiellement dans les organisations. Si celles-ci reconnaissent volontiers leur intérêt en termes d'instrumentalisation à des fins de communication interne et externe, les affects ne sont pas souvent considérés comme acceptables en contexte de travail. À la fois stimulés aussi souvent que possible, dans l'attente d'un engagement complet envers les objectifs de l'organisation et

attendus comme compétence, ils ne sont pourtant concrètement acceptés que dans leur dimension maîtrisée et gérée. Entre engagement et contrôle, intérêt et méfiance, les manifestations affectives, comme phénomènes info-communicationnels, sont pourtant intéressants à prendre en compte – de notre point de vue – et à prendre en compte pour accéder à ce qui permet de faire organisation. Les tendances affectives présentes au sein de l'organisation permettraient alors de donner à voir une certaine réalité organisationnelle en lien avec les représentations et les valeurs collectives et, par extension, de mettre en évidence, par exemple, les conflits de valeurs comme sources de dysfonctionnements organisationnels.

L'objectif du chapitre suivant est de positionner ces théories dans le contexte des organisations publiques de santé. Cette recontextualisation permettra de mettre au jour les formes concrètes de rationalisation qui traversent les organisations de santé et de déterminer les enjeux principaux de la médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels adossés à cette rationalisation grâce à notre problématique.

CHAPITRE 2 : Approche communicationnelle des organisations de santé par les communications affectives des soignants

Introduction du chapitre 2

Si le premier chapitre de ce manuscrit a vocation à définir le cadre théorique de notre sujet, il convient à présent de recentrer notre propos sur les organisations publiques de santé. Il convient, également, de détailler les transformations récentes auxquelles ont fait face ces organisations, notamment en termes de gestion. L'objectif de ce chapitre est de mettre en perspective la définition des organisations publiques de santé avec les enjeux de ces transformations. Cela nous permettra, notamment, de mettre au jour les formes de rationalisation qui traversent actuellement les centres hospitaliers et les dispositifs info-communicationnels corollaires.

Qu'entend-on par « organisations publiques de santé » ? Ce sera l'objet de notre première section. Quelles structures sont regroupées sous cette expression ? Où se situent les centres hospitaliers – à qui nous consacrons cette étude – parmi ces structures ? Et quelles fonctions sociales remplissent-elles ? Nous verrons, notamment, qu'en France, elles relèvent de du Service Public. Cette institution nationale regroupe un certain nombre de structures à vocation administrative et sociale. Il est mu par des ensembles de représentations particuliers qui conditionnent l'inscription des acteurs du service public au sein de la société et de leurs organisations. Nous préciserons les grandes lignes de ces ensembles, avec un focal spécifique sur le soin, afin de mieux comprendre ce que signifie et représente être soignant, en France, aujourd'hui.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que l'expansion forte de l'esprit du capitalisme et des ensembles de représentations de la modernité conditionnent les objectifs des organisations. Nous sommes restées relativement vague sur la nature de ces organisations à dessein : nous n'avons pas fait de distinction explicite entre organisation privée et publique, car, de nos jours, les distinctions ne sont plus si sensibles tant dans les méthodes de gestion que dans les objectifs. Après la crise économique de 1973, les impératifs de rentabilité et de rationalisation touchent durement le service public français. Cela amène à l'instauration d'un nouveau modèle de gestion dans les années 1980 : le Nouveau Management Public, modèle de gestion modernisée des services publics. Dans la deuxième section de ce chapitre, nous verrons

que la modernisation du service public s'est faite par vague de réformes successives depuis lors et jusqu'à aujourd'hui. Notamment, par la mise en place de dispositifs de rationalisation. En SIC, ce modèle de gestion, dans le contexte spécifique des organisations de santé, est abordé dans des travaux critiques sur ses objectifs et ses dispositifs de rationalisation (Bonneville, 2003 ; Bèzes, 2008 ; Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009 ; Ogien, 2009 ; Gardère, 2012). L'objectif de notre deuxième section est de montrer au lecteur dans quelle mesure ces dispositifs assurent la fonction de médiateurs symboliques entre esprit du soin et exigences de modernisation et de rentabilité.

Nous nous intéressons en particulier aux conséquences de ces médiations symboliques sur les soignants et notamment en termes d'affects. Sans réelle surprise, les résistances sont nombreuses et les manifestations politiques et affectives de colère, de désarroi et de détresse se multiplient jusqu'en dehors de l'organisation³⁷.

À partir de l'observation de ces manifestations affectives, nous proposerons une **mise en problème** des limites de la médiation symbolique des dispositifs. En effet, dans la mesure où il y a résistance affective visible contre le fonctionnement général de l'organisation, ces manifestations affectives révèlent, selon nous, les limites possibles de la médiation symbolique conférée traditionnellement aux dispositifs info-communicationnels.

L'**hypothèse principale** attenante consiste à envisager ces manifestations affectives comme indices des limites possibles de la médiation symbolique des dispositifs.

³⁷ À notre connaissance il n'existe pas d'étude qui recense le nombre de ces manifestations politiques. Pour autant on peut présenter un florilège, largement non exhaustif, d'articles de presse de médias différents, publiés depuis le début de ce travail de recherche, sur le sujet :

2016 : <https://www.lesechos.fr/2016/09/les-infirmiers-se-mettent-en-greve-apres-une-vague-de-suicides-215045>
2017 : https://www.lepoint.fr/sante/nouvelle-journee-de-greve-dans-les-hopitaux-07-03-2017-2109832_40.php
2018 : <https://lareleveetlapeste.fr/qui-va-soigner-le-service-de-sante-francais-appel-a-maree-blanche-dans-toute-la-france/>
2019 : <https://www.lesechos.fr/politique-societe/societe/manifestations-medecins-soignants-et-internes-encore-dans-la-rue-1157079>
2020 : https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/06/16/on-est-epuises-on-manque-de-tout-et-nos-salaires-n-evoluent-pas-les-soignants-de-retour-dans-la-rue_6043042_3224.html
2021 : <https://www.ouest-france.fr/sante/hopital/greve-manifestations-la-colere-des-soignants-de-retour-dans-la-rue-mardi-df68bbfc-cc1d-11eb-85b5-b26ae8917151>

Cette hypothèse est subdivisée en deux sous hypothèses que nous développerons dans la troisième section en regard des enjeux de rationalisation des organisations publiques de santé :

Hypothèse 1 : Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail.

Hypothèse 2 : Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmente sa dimension communicationnelle.

Section 1 : Qu'est-ce qu'une organisation de santé ?

Un centre hospitalier, une clinique, un organisme de promotion de prévention de la santé, un centre hospitalier universitaire : toutes ces structures peuvent être regroupées sous l'appellation « organisation de santé ». Nous nous intéressons aux organisations publiques de santé et plus particulièrement aux centres hospitaliers. Quelle différence cela fait-il par rapport aux autres organisations publiques de santé ? Ceux-ci ont pour mission d'assurer le diagnostic et la prise en charge de tous patients ayant besoin de soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que de soins de suite et/ou de longue durée. En France, ils relèvent du Service Public. Nous le verrons, cela fait des centres hospitaliers des structures à vocation sociales dans leur composante sanitaire. Ces organisations sont animées par des ensembles de représentations propres, influencés par cette composante « publique », chargée symboliquement. Par extension, ces ensembles de représentations conditionnent l'inscription des acteurs du service public au sein de la société et de leurs organisations. Nous préciserons la teneur de ces ensembles liés au service public et au soin, afin de comprendre ce que représente être soignant aujourd'hui.

Qu'entend-on couramment par « organisation de santé » ?

Couramment, on retrouve sous l'appellation « organisations de santé » : les établissements dont la mission est d'assurer la prise en charge et la réalisation de soins en

fonction des besoins de leurs patients (les hôpitaux, les centres hospitaliers universitaires, les cliniques, les centres de soins) et les organisations de promotion, de prévention et de gestion du secteur santé. Nous nous intéressons plus particulièrement aux organisations publiques de santé c'est-à-dire dont la mission et l'usage s'adressent à tous et dont la gestion et l'entretien revient à l'État ou aux collectivités locales ou régionales. Au sein de ces organisations publiques, nous avons choisi de nous concentrer sur les centres hospitaliers et les centres hospitaliers universitaires. Ce sont les interrogations que nous avons à propos des manifestations des personnels de santé qui nous ont naturellement guidées vers l'étude de ces structures. On peut citer par exemple, la grève nationale des urgentistes suite à des agressions de personnels et plus largement à la dégradation de leurs conditions de travail (juin 2019) ; et plus tragiquement la vague de suicides de l'année 2016 chez les personnels de soin pour des raisons similaires.

En France, les centres hospitaliers ont pour mission d'assurer le diagnostic et la prise en charge de tous patients ayant besoin de soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique, ainsi que de soins de suite et de longue durée. Certains de ces établissements, corrélativement à la définition de l'OMS³⁸, ont une vocation régionale et/ou universitaire. Nous les considérons comme des organisations au sens d'« *un ensemble socialement construit dans le cadre de dynamiques sociales* » (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). Dans cette perspective, un détour historique sur leur constitution nous semble pertinent, puisqu'il donnerait à voir les dynamiques sociales à l'origine de ce que l'on connaît aujourd'hui comme centre hospitalier.

L'existence des établissements de soin trouve son origine il y a au moins deux millénaires³⁹. En Europe, jusqu'à Charlemagne, les établissements de soin sont de la

³⁸ Cf : https://www.universalis.fr/encyclopedie/hopital-histoire-de-l/#i_31313

³⁹ Le terme hôpital vient du grec <*hospitalia*> qui désigne à la fois le lieu et l'obligation pour toute personne d'accueillir en son foyer les personnes en ayant besoin (définition du Centre national des ressources textuelles et lexicographiques : <https://cnrtl.fr/definition/hopital>)

Dans l'Antiquité, l'aide, l'assistance et l'hospitalité sont des valeurs sociales et religieuses très encouragées. Si l'hospitalité et la médecine se pratiquaient alors, quasi exclusivement, dans l'enceinte du foyer privé, on trouve tout de même déjà des traces d'établissements publics dédiés à la guérison. Il s'agit de sanctuaires dédiés aux divinités guérisseuses comme Asklépios (F. J. de Waele, 1933). Ce sont principalement des temples religieux, où les croyants allaient en pèlerinage pour demander à des prêtres de guérir des affections physiques et mentales. Ils y prescrivaient des remèdes, y pratiquaient parfois la chirurgie et l'enseignement des rites traditionnels du soin. Hyppocrate aurait appris la médecine dans l'asklepeion de l'île de Kos avant de défendre au Ve siècle avant J.-C. une conception plus rationnelle de la médecine, qui s'appuie sur des liens de cause à effet entre environnement et symptômes et non entre volonté divine et maladie.

M. Gentili (2017) apporte des éléments supplémentaires. Sous l'Empire romain, le développement du système militaire participe également à la formalisation d'établissements dédiés au soin. À l'époque, il s'agit notamment d'infirmeries militaires où les blessés et les malades étaient soignés et accueillis le temps de leur convalescence, selon des modalités approchantes de nos services de santé modernes. Sous Auguste, la professionnalisation des métiers de soutien à l'activité militaire permet à des médecins d'être engagés pour seize ans par l'armée pour assister une unité de soldats spécifique. Après la chute de l'Empire romain, l'Empire byzantin

responsabilité du clergé⁴⁰. Ce n'est qu'à partir de la seconde moitié du XIXe siècle que des établissements publics officiels à vocation sociale d'utilité publique sont créés. Par la suite, la loi de 1905 sur la séparation de l'Église et de l'État permet la transformation des hôpitaux en administration publique. Cela signifie que l'État intervient dans la direction des établissements et des rémunérations sont mises en place pour les personnels médicaux. Après les Grandes guerres, l'hôpital comme lieu d'hébergement se transforme en centre de soins – avec l'émergence de nouveaux métiers et de spécialités médicales permettant au domaine de la recherche de se développer – et le renforcement de la gestion publique. C'est notamment avec le décret du 17 avril 1943 que l'hôpital devint officiellement une institution à vocation sanitaire. En 1958, la réforme Debré institue l'hôpital comme centre de soin et de recherches avec la constitution de CHU (centres hospitaliers universitaires) où cohabitent praticiens et universitaires.

Au cours de cette évolution, les centres hospitaliers se sont constitués progressivement comme des espaces professionnels où s'articulent des processus collectifs de construction de sens, mus par des valeurs liées au service public, mais également des contraintes politiques et socio-économiques qui ont eu des conséquences sur la normalisation des représentations des acteurs vis-à-vis de leurs contextes de travail. H. M. Zoller (2010) postule l'existence de processus organisants propres au domaine de la santé publique. Pour lui, une organisation de santé est construite à partir de trois processus communicationnels : organisation, prévention et promotion de la santé et ces processus sont influencés et induits par les représentations que l'on a collectivement de la santé et de la maladie. Par exemple, il explique que de nos jours, ce sont la *Germ theory* et les *Lifestyle theories* qui dominent les représentations mondiales de la santé. Ces théories favorisent les interventions sur le corps plutôt que les interventions sur l'environnement. Dans ce cas-là, la maladie est envisagée comme défaillance du corps humain comme machine. La santé est l'affaire de chacun, donc chacun en est responsable. Dans les systèmes de santé anglo-saxons, cette façon d'envisager la santé permet, entre autres, de

met en place un système de santé où les médecins sont reconnus officiellement et rémunérés par les cités. Ils érigent, par ailleurs, des établissements appelés *xenodochium* où sont accueillis les malades, les pauvres et les étrangers. Si la médecine est toujours orientée et prescrite par les prêtres et les évêques, ses modalités d'exercice sont contrôlées par l'Empire. C'est avec l'avènement du christianisme comme religion d'État et le Code Justinien de 529 que se forgea l'idée d'une assistance publique : c'est-à-dire accordée à tous et administrée selon des lois spécifiques.

⁴⁰ L'Église assure la prise en charge des malades, des pauvres, des personnes âgées, des infirmes et des orphelins. Plus tard, la détermination croissante de la royauté à assurer une forme de contrôle sociétal amène à la création d'établissements d'accueil – et parfois d'enfermement –, nommés Hôtels-dieu ou Maison Dieu, destinées aux pauvres et aux malades, mais également aux marginaux pour éviter qu'ils ne mendient. Après la Révolution, les établissements de soins ferment au fur et à mesure que l'Église perd du pouvoir.

justifier la réduction des dépenses dans les prises en charges publiques. Si chacun est responsable de sa santé et qu'une personne tombe malade, l'institution n'est pas responsable. Elle favorisera la prévention, mais moins l'intervention, ce qui facilite les logiques de gouvernances néo-libérales. H. M. Zoller oppose ce modèle à celui des *Holistic approaches* qui envisagent la médecine en termes de biologie, environnement physique et social, et même spirituel. Ces approches nécessitent une organisation flexible et plurisectorielle pour envisager une multitude de causes à la maladie et promouvoir la santé. Les processus communicationnels organisants définis par H. M. Zoller (2010) dépendent donc des représentations que la société se fait de la santé et du soin. À ce titre, les politiques publiques de santé et ressources allouées aux systèmes de soin dépendent également de cette représentation. Qu'en est-il aujourd'hui?

Le soin comme objet communicationnel entre relation et médiation

Le soin est admis comme mission principale des centres hospitaliers. Partant de la définition de l'OMS⁴¹, la mission de « soin » des centres hospitaliers consiste, plus particulièrement, à accueillir, diagnostiquer et soigner des patients. Pour ce faire, ils font appel à des « soignants », ce sont les praticiens du soin. Ils sont chargés d'accueillir et de prendre en charge des usagers ayant besoin de soins médicaux et paramédicaux. La distinction est importante car elle met en exergue la cohabitation de deux cultures professionnelles différentes liées au soin. Traditionnellement, on trouve d'un côté les médecins dont la culture professionnelle est fondée sur les valeurs et principes généraux de la médecine (cure) et de l'autre, les soignants, dont la culture est fondée sur des valeurs ayant trait à la relation de soin (care) tels que la proximité, la sollicitude, etc. Le terme « soignant » désigne à la fois les personnels qualifiés pour réaliser des soins médicaux et paramédicaux, mais est plus souvent utilisé dans le langage courant pour qualifier les personnels paramédicaux. En ce qui nous concerne, nous entendons le terme dans son acception la plus large : selon nous, il désigne les professions infirmières, médicales et assimilées⁴², mais également celles qui relèvent de l'accompagnement des patients visant à un mieux-être, soit les aides-soignant.e.s, les cadres de santé, les brancardiers, etc. Cela dénote, de notre part, un positionnement spécifique par rapport

⁴¹ Cf : <https://www.soins-infirmiers.com/ifsi/ue-4.8-qualite-des-soins-evaluations-des-pratiques/qualite-des-soins>

⁴² Nous pensons notamment aux manipulateurs radio que nous avons rencontrés lors de notre étude, mais pas seulement.

au soin, proche des travaux sur la philosophie du *care* (Molinier, Laugier et Paperman, 2009).
Qu'en est-il précisément ?

L'étymologie du mot « soin » est incertaine⁴³, ce qui lui confère un caractère équivoque et entraîne des difficultés de conceptualisation. La distinction terminologique traditionnelle autour du soin est plus sensible en Anglais qu'en Français (*cure* et *care*). Pour E. Noël-Hureaux (2015), chacun des termes dénote un positionnement différent de l'autre :

- Le terme « *cure* » désigne l'ensemble des actions à mettre en œuvre pour viser la guérison et l'absence de maladie ou d'infirmité ;
- Le terme « *care* » s'attache plutôt aux dimensions de proximité, de singularité et d'engagement des parties prenantes dans la relation de soin (Molinier, Laugier et Paperman, 2009).

Nous disposons donc d'une approche technique et d'une approche relationnelle. À ce propos, P. Viard (2014 : 31) s'interroge : *soin* et *soins* ont-ils la même définition et les mêmes enjeux ? Selon le chercheur, la première orthographe indiquerait « *une prise en charge singulière d'un être humain bien portant ou malade (un soin)* » alors que la seconde ferait référence à « *l'ensemble des activités ou réflexions sur le sujet (les soins)* ». Nous pouvons relever trois éléments saillants relatifs à ces définitions du soin. Le soin peut à la fois être un rapport au corps, une interaction et une façon d'appréhender le monde.

⁴³ Cf : <https://www.cnrtl.fr/definition/soin> La plus probable des hypothèses, relevée par le Centre national des ressources textuelles et lexicales serait celle du philologue Joppich-Hagemann (1978). Selon cette hypothèse, songer et soigner auraient le même étymon latin <sonniare> qui signifie « rêver, avoir un songe, voir en rêve, rêver que » et qui aurait pu donner aussi bien songier (songer) que songnier, et soin. Cette étymologie trouverait son origine dans le passage sémantique du verbe songer de « rêver » à « penser ». À ce titre, dans la relation penser/soigner/songer, soigner jouerait le rôle d'intermédiaire entre penser, dont il est le quasi-synonyme et songer dont il est l'équivalent phonétique. Une étude approfondie du sémantisme de songer/soigner, songe/soin et de leurs dérivés a ensuite amené Joppich-Hagemann à énoncer l'hypothèse selon laquelle le sens de « penser » peut être à l'origine des concepts de « souci » d'une part et de « tristesse », « crainte » d'autre part ; hypothèse qui semble renforcée par le parallélisme sémantique des mots de la famille de cogitare et pensare qui ont pour sens de base celui de « penser » et dont les sens secondaires, représentant les notions de « souci », « chagrin, tristesse », « crainte », sont ceux de la famille de songer/soigner.

Le soin comme rapport au corps et interaction

Les travaux d'anthropologie du corps et de la communication de Le Breton (1990) et Martin-Juchat (2008) sur le sujet indiquent que le corps n'est pas que le simple véhicule d'une psyché donnée, dans un environnement donné. À partir de nos perceptions sensorielles, il est ce qui nous permet d'embrasser notre environnement et, par l'expérience et les affects, de le traduire pour nous-mêmes et pour les autres. C'est un objet communicationnel primordial. Par conséquent, le soin comme rapport au corps et comme interaction apparaissent deux acceptions interdépendantes. Dans la mesure où il se fait médium (Martin-Juchat, 2008) entre appréhension du monde construite socialement et réactions (notamment affectives), l'anthropologie du corps permet de penser le corps comme médiation (Martin-Juchat, 2006). À ce titre, il peut être appréhendé dans une perspective info-communicationnelle (Viard, 2014). Le soin est une interaction avant tout, car l'acte de soin postule une relation entre un soignant – au sens de personnel médical ou paramédical intervenant sur le corps d'un patient – et un soigné. Cette relation est un espace sensible de communication dont la particularité est de mettre en jeu à la fois le corps soigné et du soignant. D'une part les affections et la maladie se manifestent dans et par le corps du soigné grâce à des symptômes, il dit quelque chose du dysfonctionnement qui le touche et le donne à voir. D'autre part, la relation de soin fait intervenir le corps du soignant dans une interaction construite autour d'actions et de pratiques qui visent à maintenir ou rétablir la santé du corps à soigner.

Dans cette perspective le soin n'est pas envisagé autrement qu'en tant qu'action (Tronto, 2012 ; Viard, 2014). Dans la lignée de ces auteurs, nous estimons que la distinction traditionnelle entre le *cure* (culture médicale) et le *care* (culture soignante) est finalement discutable. Premièrement, parce que *care* et *cure* ont le même objet : le corps. En effet, que le soin soit technique de prise en charge ou processus relationnel, c'est toujours une interaction qui met en jeu deux corps: celui qui donne le soin et celui qui reçoit le soin. Deuxièmement, dans le cadre des organisations de santé, le soin tel que pensé par les théories du *care* nous semble loin d'être incompatible avec une approche technique. Dans la lignée de Viard (2014)⁴⁴

⁴⁴ Il convient de noter que les travaux de Viard (2014) auxquels nous faisons référence traitent des professions infirmières uniquement, et plus particulièrement de la formation en soin infirmier. C'est pourquoi les développements suivants ne traitent que de celles-ci. Ce sont les personnels que l'on désigne couramment exclusivement comme soignants dans la perspective du soin comme action. Nous adoptons une perspective plus large sur le soin, mais il nous semble important d'articuler ce développement autour des ensembles de représentation des infirmiers dans la mesure où ils constituent l'effectif majoritaire de ce que nous appelons les

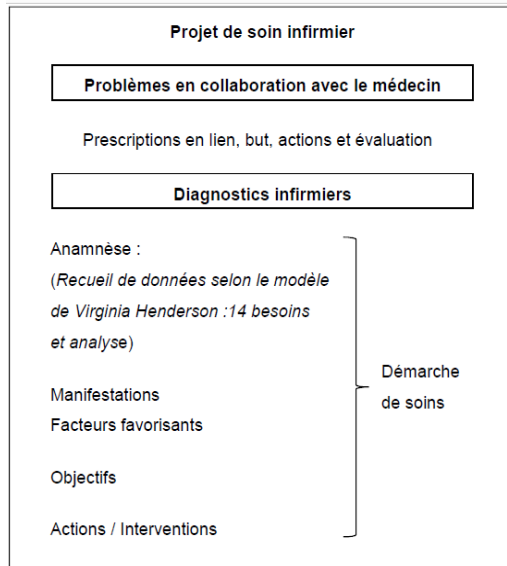
nous estimons que dans la mesure où le soin questionne les parties prenantes de l'interaction dans leur rapport aux corps (le corps qui donne le soin, le corps qui le reçoit et les projections inverses), les deux approches si elles traitent de prismes différents sont, en fait, consubstantielles de la définition de la notion.

Rothier Bautzer (2014) explique que l'articulation entre *caring* et *curing* a été historiquement proposée aux organisations de santé et organisée par F. Nightingale au XIXe siècle. Le modèle de soins proposé par Nightingale consistait à adapter l'environnement des patients et à créer les meilleures conditions possibles pour favoriser leur récupération. La nature de cette articulation s'est transformée avec les besoins des patients au cours des siècles suivants. L'évolution des modèles de pratiques représente un enjeu majeur pour la professionnalisation des acteurs du soin dans les organisations de santé (Viard, 2014 : 60 - 65). Le modèle qui s'impose aujourd'hui comme référence est celui de V. Henderson développé au XXe siècle. Il est encore aujourd'hui enseigné aux soignants, notamment aux infirmiers. Dans le même esprit que la pyramide de Maslow, l'idée est de prendre en compte les besoins des patients à la lumière d'une grille d'analyse fonctionnaliste⁴⁵. La prise en charge est fondée sur l'interaction entre le patient et le soignant à propos des besoins physiques et relationnels du patient. Le patient n'est plus seulement un ensemble de symptômes, il devient un individu soigné. Ce processus de reconnaissance du patient est caractéristique du soin envisagé comme relation, même si Viard (2014 : 42) précise que ce n'est pas évoqué clairement dans le modèle d'Henderson. Cependant, insistant sur la dimension servicielle du soin et sur la nécessité d'une approche physique et psychologique globale du patient, elle est à l'origine des « démarche[s] de soin » actuelles. Ces dernières se définissent comme méthodes d'analyse et de résolution de problème. Elles sont inscrites dans un « projet de soin ». Viard (2014 : 45) établit le schéma suivant pour expliquer cette démarche :

« soignants ». N'oublions pas par exemple que les cadres de santé étaient infirmiers en premier lieu, ils partagent a priori une conception du soin semblable.

⁴⁵ Le modèle conceptuel de Henderson a été résumé, « caricaturé » écrit aussi Viard (2014 : 45), en une liste de quatorze besoins : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir, dormir/se reposer, se vêtir et se dévêtir, maintenir la température du corps dans les limites normales, être propre, soigné et protéger notre système tégumentaire, éviter les dangers, communiquer, agir selon nos croyances et nos valeurs, s'occuper en vue de se réaliser et de conserver l'estime de soi, se divertir et, enfin, apprendre.

Figure 1: Modèle de prise en charge infirmière selon P. Viard (2014)



La modélisation du soin comme démarche thérapeutique s’inscrit dans le processus de reconnaissance et de professionnalisation des personnels de soin, et notamment des infirmiers. Elle donne lieu, en 1992, à la création d’un diplôme d’État de la profession infirmière.

Depuis 2009, suite à la réforme HPST, les modèles d’enseignements ont été transformés. Ils sont, actuellement, fondés sur un modèle d’apprentissage par compétences. Selon nous, cette transformation s’inscrit dans la dynamique de modernisation du service public engagée par les gouvernements successifs depuis les années 1980. Viard (2014 : 81) écrit à ce propos « *Ce changement est fondamental dès lors que l’approche pathologiste a été remplacée par une vision de la santé en termes de processus* ». Ce sont donc les théories les plus récentes sur la santé et le soin qui servent de référentiels de formation. Cette citation laisse entrevoir dans quelles mesures le soin peut être envisagé comme appréhension du monde influencée par nos représentations. Des représentations qui évoluent au gré du contexte idéologique dans lequel elles se déploient. Dans ces conditions, l’enjeu de conditionnement des valeurs soignantes par la formation peut être souligné. Selon Viard (2014 : 89) aujourd’hui, la formation en soins infirmiers s’articule selon trois référentiels :

- Le premier est un référentiel d'activité, fondé sur un modèle socio-constructiviste de résolution de situations-problèmes, qui conditionne l'obtention du diplôme d'État en soins infirmiers. Il fait état de neuf activités répertoriées : « *observation et recueil de données cliniques, soins de confort et de bien-être, information et éducation de la personne, de son entourage et d'un groupe de personnes, surveillance de l'évolution de l'état de santé des personnes, soins et activités à visée diagnostique ou thérapeutique, coordination et organisation des activités et des soins, contrôle et gestion de matériels, dispositifs médicaux et produits, formation et information de nouveaux personnels et de stagiaires, veille professionnelle et recherche* » (Viard, 2014 :89).
- Le deuxième est un référentiel de compétences concernant l'ensemble de la profession infirmière : « *évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine, infirmier, concevoir et conduire un projet de soins infirmiers, accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens, mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique, initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs, communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins, analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle, rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques, organiser et coordonner des interventions soignantes, informer et former des professionnels et des personnes en formation* » (Viard, 2014 :89)
- Le dernier est un référentiel de formation donnant à voir les aspirations des instituts de formations pour les futurs professionnels, à savoir : « *se professionnaliser, devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, développer ses ressources, reconnaître ses émotions, développer une éthique professionnelle* » (Viard, 2014 :89).

La production de référentiels communs a, généralement, pour but de fixer les règles, les lignes de conduite à suivre, ainsi que d'homogénéiser les pratiques et les représentations de façon à minimiser les risques attenants à l'activité. Le chercheur met, par ailleurs (Viard, 2014 : 36) en évidence que l'expression « soignant » est, souvent, utilisée comme si le groupe était homogène et mu par les mêmes principes. Pourtant, si la conception du soin et les pratiques professionnelles évoluent dans le sens d'une homogénéisation des approches, les enjeux de la cohabitation traditionnelle entre *cure* (culture médicale) et *care* (culture soignante) restent saillants sur le terrain, notamment d'un point de vue hiérarchique et ont des implications communicationnelles non négligeables. Nous le verrons dans la partie dédiée à nos résultats.

La « culture du soin » est une expression régulièrement utilisée pour parler des ensembles de valeurs et de représentations des professionnels du soin. Pour autant, sont-elles homogènes et partagées ? Le soin est couramment envisagé comme une culture professionnelle à part entière. Quelles sont ses spécificités ?

Le soin comme ensemble de valeurs et de représentations

P. Viard (2014 : 36) note que l'expression « culture du soin » est souvent utilisée pour décrire une réflexion générale sur le soin avec de légères déclinaisons thématiques en fonction de la discipline (éthique, engagement, relations humaines, etc.). Sa définition de la culture professionnelle est tirée des travaux de Y. Winkin (2001) et de R. Birdwhistell (1962). Il écrit (Viard, 2014 : 35) :

« Nous choisirons une définition différente, empruntant à Birdwhistell sa formule selon laquelle « être membre, c'est être prévisible » et à Goodenough l'idée complémentaire que la culture est ce qu'il faut savoir pour appartenir. À ce titre, le groupe social des soignants fait culture car il s'inscrit dans la proposition que fait Yves Winkin d'une anthropologie de la communication à la suite de Hymes, Birdwhistell, Goffman et Goodenough. Micheline Wenner reprend cette idée d'une culture soignante, organisée autour de connaissances communes qui permet aux soignants de se reconnaître et de réaliser ensemble une lecture de leur métier. Cette définition de la culture soignante englobe tous les acteurs de la relation : patients et professionnels. »

À partir de l'idée de R. Birdwhistell selon laquelle appartenir à un groupe, c'est jouer les codes du groupe lors d'une interaction sociale – et donc « être prévisible » – et de celle de W. Goodenough (1957) selon laquelle la culture procède de la connaissance de ces codes (verbaux et non-verbaux), Y. Winkin (2001) propose une définition de la communication comme performance de la culture. Cela signifie que les interactions sont à l'origine de la

production de connaissances communes et donnent la possibilité de jouer les codes culturels du groupe. À ce titre, elles constituent et représentent la culture dans le même temps.

P. Viard (2014) s'appuie sur cette définition pour définir la culture soignante comme production commune de connaissance et reconnaissance de cette communauté de pratiques. Le socle culturel commun permet dans l'interaction de reconnaître ou de se différencier de son interlocuteur. P. Viard questionne la revendication de cette culture commune en soulignant que, depuis quelques années, les soignants font face à des enjeux de pouvoir très forts au sein de leurs organisations et sont « *en quête* » d'une culture professionnelle homogène. Celle-ci leur permettrait de formaliser les contours d'un groupe socialement reconnu et les limites de leur territoire par rapport aux autres professions. Cela nous pousse à questionner la nature des tensions interprofessionnelles qui ont amené les soignants à ressentir la nécessité de renforcer leur cohésion par une culture commune. Par ailleurs, si de son propre aveu (Viard, 2014 : 39) cette « *culture ne peut se résumer à une suite de pratiques, d'applications de modèles conceptuels ou d'utilisations d'approches méthodologiques* », il insiste sur le fait que c'est à partir de cette « *lecture pragmatique de l'action* » que la culture soignante est accessible, au même titre que l'analyse de l'échange entre Y. Winkin (2001) et ses voisins permet de mettre en lumière l'ordre social qu'il partage avec ses voisins.

Dans cette perspective, si l'on envisage le soin comme culture, nous pouvons déduire qu'être soignant peut se définir à partir de la relation de soin comme performance de cette culture. Si l'on envisage cette relation du point de vue du patient, un soignant est un individu dont la fonction est d'interagir physiquement avec un corps dont les besoins nécessitent une prise en charge extérieure. Du point de vue des autres soignants, un soignant est un individu qui maîtrise et qui utilise correctement les codes du soin comme culture professionnelle. Il convient de noter que dans cette acception, le soin est toujours considéré uniquement comme action sensible. Pourtant, ces codes, cette culture se nourrissent de principes, de représentations et de valeurs qui relèvent de la conceptualisation de la relation entre deux corps autour de la notion de vulnérabilité. Quelles seraient les spécificités de cet ensemble de valeurs et de représentations ? Qu'est-ce qui anime les soignants ? La dimension « publique » de l'exercice du soin à l'hôpital fait-elle une différence ? Probablement que oui, dans la mesure où en plus des enjeux de la relation de soin, elle fait appel à des valeurs relevant du service public. Pour préciser notre définition, il convient d'explorer plus avant ces spécificités.

Une organisation qui relève du « service public »

En France, les établissements de soin publics sont historiquement liés au « service public ». La notion de service public est utilisée dès l'Ancien Régime dans des arrêts de droit administratif et dans des écrits de définition de l'action publique (Chevallier, 2018). Au début du XXe siècle, elle situe l'institution du droit administratif « dans les fins sociales de l'action administrative » d'une part, et elle fait naître de nouvelles contraintes pour les administrations et des garanties pour ses usagers d'autre part. J. Chevallier (2018) explique qu'à la suite des trois arrêts Terrier (1903), Feutry (1908) et Thérond (1910) en jurisprudence, la notion de « service public » devient le fondement du régime administratif français. À ce titre, elle prend le pas sur la notion de « puissance publique ». Le rapport de domination entre État et usager s'inverse : puisque l'administration est au service de l'utilisateur, il peut faire valoir certaines exigences et des dispositifs légaux sont prévus pour qu'il obtienne satisfaction. Chevallier (2018) écrit :

« Le noyau dur de ce régime de service public, commun à l'ensemble des activités gérées par l'administration, est cristallisé autour des trois grands principes de « continuité », « égalité », « mutabilité », qui seront systématisés ultérieurement par L. Rolland (1934) : parce qu'ils sont préposés à la satisfaction des besoins du public, les services publics sont tenus de fonctionner de manière régulière et continue – « sans heurts, sans à-coups, sans arrêts » –, dans des conditions égales pour tous, et leurs règles de fonctionnement doivent pouvoir être modifiées à tout moment par l'autorité compétente ; souvent complété par le principe de « neutralité », plus rarement par celui de « gratuité » (M. Hauriou), le régime de service public est donc conçu comme le moyen d'imposer à l'administration certaines normes, certaines disciplines de fonctionnement, pour le profit collectif des usagers – même si les conséquences peuvent être négatives pour certains d'entre eux. Le recours éventuel au juge administratif permettra à l'utilisateur de contraindre l'administration au respect de ces principes. »

Cette citation met en avant les valeurs (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014) du service public et leurs enjeux pour l'État du point de vue du droit public. Le « service public » y est défini comme une doctrine d'administration d'État, qui, par métonymie, est devenue un ensemble d'institutions animées par les mêmes principes : la continuité de service, l'égalité dans le traitement, l'accueil et la prise en charge des usagers, et un effort de réflexivité sur la possibilité d'améliorer les processus de prise en charge. Cette conception de l'administration remet en cause la façon dont se positionne l'État par rapport à ses administrés. En effet, si jusqu'ici, dans l'histoire de France, l'État était considéré comme instance supérieure dominante et régulatrice toute puissante. Avec le tournant du service public, il est préposé à la satisfaction des besoins des usagers. Ainsi, J. Chevallier (2018) explique que le rôle de l'État n'est plus que de fournir des prestations qui vont dans le sens du développement continu de la solidarité sociale. Dans cette nouvelle perspective de gestion des activités sociales, le rapport de l'État au public change et, selon L. Duguit (1913), l'État se définit alors comme une « *coopération de services publics* » orientée par les gouvernants selon le développement des prestations de solidarités sociales souhaitées. Ainsi, la construction du service public au début du XXe a eu pour effet de renforcer le droit administratif et de changer la représentation symbolique de l'État.

En France, cette dimension symbolique prend une place très importante dans la façon dont le public envisage l'offre de service à sa disposition. Dans cette perspective, à l'origine, le service public se distingue intrinsèquement des services dispensés par le secteur privé, il témoigne selon Chevallier « *de valeurs communes et spécifiques au public* ». La notion de valeurs ici nous intéresse particulièrement. J. Chevallier (2018) met en évidence les principes qui sous-tendent les valeurs du service public à partir de la théorie de L. Duguit (1913) :

- 1) La fonction publique induit l'effacement des intérêts propres (individuels ou collectifs) derrière ceux du public dont on doit satisfaire les besoins en toute circonstance. Les agents du service public devraient donc faire preuve de désintéressement.
- 2) Dans cette perspective, le pouvoir de l'État n'est pas un privilège, mais une fonction : sa légitimité dépend entièrement de sa capacité à répondre correctement aux besoins de ses usagers. Chevallier explique alors que les gouvernants doivent démontrer continuellement leur attachement au sens du service public et leur désintéressement.
- 3) Le chercheur indique également, à partir des travaux de Supiot (1989), que la fonction de service public répond à trois impératifs conditionnant la morale professionnelle de ses agents : « *dignité dans le rapport au pouvoir, sérénité dans le rapport à l'argent et continuité dans le rapport au temps* ».

Cela signifie notamment que dans la mesure où l'exercice du pouvoir n'a de justification concrète que dans la façon dont il répond aux besoins, la légitimité de l'exercice du pouvoir de l'État passe donc par la qualité des prestations qu'il met en place. Chevallier (2018) explique qu'en contrepartie de son engagement à répondre à l'ensemble des demandes liées à la solidarité sociale, il jouit d'une représentation a priori, dans la société, fondée sur la bienveillance, l'omniscience et l'infaillibilité.

En résumé, les centres hospitaliers sont des structures publiques à vocation sociale et sanitaire mues par des ensembles de représentations propres. Nous avons vu notamment que les centres hospitaliers, en tant qu'organisation au sens des ACO, sont des espaces où s'articulent des collectifs mus par des valeurs en lien avec l'histoire du soin et du service public. Nous avons mis en évidence qu'il existe couramment deux conceptions du soin : une définition technique (*cure*) et une définition relationnelle (*care*) (Noël-Hureaux, 2015 ; Molinier, Laugier et Paperman, 2009). Il existe aujourd'hui trois référentiels d'activité pour former les soignants, fondés sur des modèles socio-constructiviste de résolution de situation-problème et sur les travaux de V. Henderson en termes de besoins patients, comprenant une dimension relationnelle forte dans la démarche de soin. P. Viard (2014) montre que cette dimension relationnelle du soin émerge à partir du moment où l'approche pathologiste a été supplantée par une conception du soin en termes de processus, permettant aux dynamiques d'interaction entre soignant et soigné d'avoir une place privilégiée dans la démarche de soin. Selon le chercheur, c'est à partir de ces référentiels d'apprentissages, comme production commune de connaissance et reconnaissance d'une communauté de pratiques, que se formalise la « culture soignante ». À ce titre, pouvons en déduire qu'être soignant se définit à partir de la relation de soin, et plus précisément à partir des représentations et valeurs sous-tendues les principes de la communauté de pratique des soignants.

En France, les missions de soin dans les organisations de santé publique sont des missions dites de « service public ». Il s'agit d'une doctrine d'administration d'État ayant pour principes : la continuité de service, l'égalité dans le traitement, le désintéressement des missions et des agents, l'accueil et la prise en charge de tous les usagers, et un effort de réflexivité sur la possibilité d'améliorer les processus de prise en charge (Chevallier, 2018). Au même titre que pour la modernité, ces principes et leurs représentations sous-jacentes, nous ont permis de

mettre en évidence une typologie non exhaustive des valeurs du service public associées au soin :

- Le service : entendu comme l'ensemble des obligations, des devoirs envers les patients.
- La bienveillance : entendue comme la volonté d'agir pour le bien et le bien-être d'autrui.
- La tradition-conformité : entendue comme le respect des règles, des procédures et des normes liées à l'activité, à la fois lorsqu'il s'agit d'intervenir sur un corps et/ou d'interagir avec les patients, les collègues et la hiérarchie.
- L'engagement : entendu comme mise à disposition de sa force à la fois par contrat et par promesse, convention et obligation librement consentie en vue de prendre soin des usagers du service public nécessitant des soins.
- L'universalisme : entendu comme principe d'activité selon lequel le soin doit être donné à la totalité des êtres en ayant besoin.
- La qualité : entendue comme bonne pratique, soit comme pratique respectant des procédures et/ou dont la valeur est reconnue du point de vue de l'intérêt du patient. Celle-ci induit le travail visible et le travail invisible.

Nous avons abordé, dans cette section, les valeurs liées au « service public » et au « soin », à partir de leur construction sociale et historique. L'objectif était d'ébaucher ce que peut représenter « être soignant » aujourd'hui. Ainsi, nous avons déterminé qu'à la fois l'offre et la conception du soin évoluent au gré des avancées scientifiques, de l'invention de modèles de prise en charge, mais également des objectifs publics de santé gouvernementaux au fil des années. Aussi, afin d'appréhender les organisations de santé, il est important de ne pas dissocier l'histoire du soin du contexte socio-politique dans lequel elle se déroule. Les contraintes socio-économiques et politiques actuelles en termes de santé publique, et en particulier les représentations que l'on se fait aujourd'hui d'une bonne gestion (organisée, contrôlée, rentable – des caractéristiques influencées par la dynamique de radicalisation de la modernité), ont tout à voir avec la façon dont sont, aujourd'hui, gérés les centres hospitaliers. En conséquence, nous verrons dans la prochaine section le détail du contexte socio-politique amenant au déploiement du NMP, comme modèle actuel de gestion publique.

Section 2 : La modernisation du service public

Ainsi, afin de comprendre les raisons sous-jacentes à l'implantation du NMP comme modèle de gestion et de modernisation du service public, il convient de mettre en regard ce processus de modernisation avec les tensions socio-économiques significatives des années 1960 à 1990. Le contexte global de mondialisation des échanges, l'ouverture des marchés, la transnationalité des flux commerciaux et des investissements financiers à l'étranger, ainsi que l'extension des espaces de production multiplient les pays concurrents où la main-d'œuvre est souvent moins chère et entraîne des délocalisations d'activités de production (Boltanski et Chiapello, 1999). Un des enjeux majeurs de la mondialisation pour les entreprises est donc la réussite de leur activité par le biais de gain de productivité. L'évolution des modèles managériaux en entreprise fait écho aux évolutions des champs financiers. Dans ce sens, Boltanski et Chiapello (2011) mettent en évidence deux transformations majeures des discours managériaux entre 1960 et 1990 : du management par objectifs des années 1960, nous serions passés au modèle de « *l'entreprise en réseau* » au cours des années 1990, et du modèle de la carrière au modèle de l'épanouissement personnel au travail. Selon les auteurs, l'idéal de cette flexibilité serait une entreprise « *maigre* » – c'est-à-dire bénéficiant d'un appareil de production et de gestion allégé de fonctions intermédiaires sous-traitées – travaillant « *en réseau avec une multitude d'intervenants* » et une « *gestion par projet* » orientée vers la satisfaction client, impulsée par les « *visions* » des managers (Boltanski, Chiapello, 2011, p124).

Ce qui concerne, de prime abord, le secteur privé s'impose très vite dans le secteur public, suite au choc pétrolier de 1973. Le contexte économique fait émerger la nécessité de modifier les paradigmes de gestion publique français (Boeda, 1975). La multiplication des déficits budgétaires américains entraîne à cette époque une très forte dévaluation du dollar⁴⁶. Cette dévaluation a, notamment, des conséquences sur la rémunération des pays exportateurs du pétrole. Cependant, le choc lui-même survient à la suite de la guerre du Kippour voyant

⁴⁶ Au début des années 1970, un rapport alarmant informe les marchés américains que les États-Unis, acteurs historiques de la production de pétrole, auraient atteint leur pic de production : dans un contexte où ils sont déjà obligés d'importer parce qu'ils ne peuvent faire face à la demande croissante et compte tenu de la technologie à leur disposition, cela signifie que la production locale de pétrole ne cessera de chuter jusqu'à s'éteindre complètement. Corollairement, la guerre du Vietnam coûte cher et Nixon prend la décision de mettre fin aux accords économiques de Bretton Woods qui permettaient d'indexer le dollar sur le cours de l'or, au profit du régime des changes flottants. Pour faire face à la multiplication des déficits budgétaires induits par ce changement de régime, les États-Unis ont recours au financement monétaire, entraînant une dévaluation grave du dollar, sur lequel était indexé le prix du pétrole (Antonin, 2013).

s'affronter l'Égypte et la Syrie (soutenus par la Russie) contre Israël (soutenue par les États-Unis et les Pays-Bas), pour récupérer les territoires perdus lors de la guerre des Six Jours. Cette entrée des grandes puissances dans un conflit local est mal perçue par les pays de l'OPEP et les sanctions pour inciter les pays occidentaux à faire pression sur Israël se multiplient : cela commence avec une hausse des taxes de 70 % pour les compagnies pétrolières, une hausse de 17 % des prix du baril. Puis l'OPEP annonce une baisse de 5 % de sa production pétrolière et finit par l'embargo de l'Arabie Saoudite sur les États-Unis et les Pays-Bas. Les conséquences économiques sont très importantes : le prix du baril quadruple et la majorité des pays occidentaux étant dépendants des ressources importées pour faire fonctionner leurs industries, les déficits budgétaires étatiques se multiplient. La hausse du prix du pétrole entraîne une hausse généralisée des prix (Boeda, 1975 ; Antonin, 2013).

L'enjeu pour la France est, alors, de faire face à la récession, entrecoupée de périodes de reprises, dans un contexte de concurrence internationale accrue et de radicalisation de la modernité, mue par les évolutions techniques et idéologiques du capitalisme. Dans ces conditions, les gouvernements successifs s'inspirent des dynamiques de modernisation des pays anglo-saxons pour amorcer la transformation du modèle de fonctionnement du service public français.

La transformation du modèle de fonctionnement du service public français : interventionnisme, rationalisation et « modernisation »

Après la Seconde Guerre Mondiale, à la faveur d'un prix du baril très bas, la France importe massivement du pétrole pour produire de l'électricité et répondre à une demande croissante en carburant due à la popularité de l'automobile. Suite au choc pétrolier, pour retrouver son indépendance et une stabilité économique, le gouvernement français décide d'investir dans un grand parc nucléaire pour produire son électricité. Dans ce contexte, la nécessité de faire des économies s'impose et ouvre la voie à la rationalisation des processus de production de biens et de services marchands et non-marchands. Les politiques de gestion se fondent alors sur la surveillance de la productivité et le contrôle des ressources (Abords de Chatillon et Desmarais, 2012). Cette dynamique ne concerne pas que la France. Dans son article intitulé « La réorganisation du système socio-sanitaire autour du problème des autoroutes de l'information au Québec : le problème de la productivité » (2003), L. Bonneville explique qu'à la même période l'État québécois s'est employé à intervenir rigoureusement dans tous les

domaines de la vie publique afin de contrôler une part plus grande du capital global. En d'autres termes, cela signifie que l'État a décidé de prendre part volontairement la gestion des services dispensés au public et de jouer un rôle actif dans la modification des processus de prise en charge. Selon Bonneville (2003), l'objectif est de produire des services à moindre coût et pour ce faire, de faire émerger de nouvelles organisations dites productives, fondées sur l'utilisation de technologies de l'information et de la communication (TIC) comme outils de gestion privilégiés. On observe les mêmes dynamiques en France à la même époque (Gardère, 2012). À partir des années 1980, les politiques publiques en matière de santé se sont concentrées sur la maîtrise des dépenses et l'encadrement de l'offre. Un certain nombre de mouvements politiques peuvent témoigner de cette volonté d'intervention de l'État dans la maîtrise des dépenses publiques. Ainsi peut-on citer, entre autres : le projet de Programme de médicalisation des systèmes d'information (1982), la loi hospitalière de 1991, les ordonnances Juppé (1996), la loi de 2002, les plans quinquennaux de 2007 et 2012 ou encore la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » (HPST) de 2009⁴⁷.

P. Bèzes (2008) explique que l'on doit cette multiplication de réformes à un effort de modernisation du service public français. La modernisation s'entend, selon nous, comme le processus de rendre un élément, une organisation ou une institution plus moderne. Cela fait référence notamment à ses techniques et ses processus de production : ils doivent être efficaces, performants et rationalisés, de sorte à pouvoir réaliser les objectifs de l'organisation avec un maximum de résultats et un minimum de coûts grâce aux méthodes de son temps.

Cela suggère une représentation de l'État et de son administration comme obsolète. Selon P. Bèzes (2008) cette dynamique tient, notamment, à la composition traditionnelle du paysage décisionnaire français : le pouvoir administratif a historiquement plus de poids que le volontarisme politique. En effet, les agents d'administration d'État restent en poste plus facilement dans le temps alors que les gouvernements se succèdent et avec eux les équipes politiques. Ainsi, le haut-fonctionnaire, technocrate, est une figure importante du paysage politique français. Leur mission est de « [tenir] *la maison en ordre* » (Bèzes, 2008) entre les différentes alternances et après la Seconde Guerre Mondiale, avec notamment l'apparition de l'ENA, ils sont chargés de moderniser les processus décisionnels et d'application des décisions politiques et administratives. Le sociologue décrit un processus dont l'objectif est de moderniser de l'administration publique (2008 : 77) :

⁴⁷ Pour plus d'informations : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

« Les années 1990 se sont caractérisées par ce que j'appelle un processus de « technocratisation » de l'expertise sur les réformes administratives, majoritairement appropriée par des hauts fonctionnaires dans le cadre de plusieurs grandes commissions de réforme de l'État créées successivement. Leurs objectifs affichés étaient de tirer les conséquences des transformations qui affectent le système administratif et de produire une expertise globale permettant d'adapter les structures de l'État au nouveau contexte. »

On note que ce processus de modernisation est d'abord passé par la constitution de commission d'experts chargés de réfléchir aux meilleures méthodes pour transformer le modèle d'administration publique. Le chercheur liste dans son article les différentes commissions en question : on peut citer pour exemple la commission « Efficacité de l'État » (1989 – 1992) ou encore le Commissariat à la Réforme de l'État (1995). L'émergence de ces commissions d'expertises procède d'une volonté d'interrogation sur l'optimisation de leur système de fonctionnement administratif et de le comparer avec des systèmes dits optimisés, comme les modèles anglo-saxons. P. Bèzes insiste d'ailleurs sur le fait que les nouveaux modèles de gestion importés des pays anglo-saxons professionnalisent « la production de savoir de réforme » au sein de l'État. C'est à partir de la constitution de ces commissions que ce serait construite, en interne, la critique de la bureaucratie traditionnelle française, au profit de modèles plus innovants comme le Nouveau Management Public, encore en vigueur aujourd'hui.

Le « New Public Management », ou Nouveau Management Public (NMP), est une expression tirée de la littérature de C. Hood (1991). Celui-ci le définit comme un modèle idéologique et pratique auquel ont recours les pouvoirs publics pour gérer les administrations et les services publics. On en trouve les premières traces aux États-Unis et au Royaume-Uni dans les années 1980 – 1990 (administrations Reagan-Thatcher et Clinton-Blair). S'inspirant des méthodes de gestion privées, il s'agit d'économiser et de rentabiliser les productions publiques. Il remet en cause les structures centralisées et permettrait de s'ouvrir aux enjeux externes par le contrôle des agents producteurs et la croissance de la productivité par des objectifs quantifiés.

En SIC, E. Gardère (2012 : 5), en utilise la définition suivante en référence aux travaux d'Aktouf (1989), Bartoli (1997) et Thiétart (1999) : « *ensemble d'actions dans une organisation publique répondant à des méthodes devant atteindre des objectifs avec une planification et un contrôle* ». Bèzes (2008), explique que les cabinets d'expertises du haut fonctionnariat français, dans leur démarche réflexive sur le fonctionnement de l'État, se sont penchés attentivement sur les solutions du Nouveau Management Public comme perspective d'innovation. Ainsi, ils ont repris à leur compte plusieurs éléments de ce paradigme. P. Bèzes (2008) cite notamment le « *recentrage de l'État sur ses fonctions de conception, de pilotage et de contrôle ; développement de la contractualisation ; dispositifs de mesure de la performance, etc.* ». Ainsi, à partir des années 1980, garants de la modernisation de l'appareil étatique traditionnel, les hauts-fonctionnaires ont produit des réformes dont l'intention était de rattraper le retard de l'État en termes de pratiques gestionnaires.

Le modèle ayant fait l'objet d'une traduction et d'une appropriation, l'implantation du NMP s'est faite, en France, progressivement, par diffusion de la dynamique de « gestionnarisation » des services dits publics au niveau international (Abord de Chatillon, Desmarais, 2012).⁴⁸ A. Ogien (2009) explique, par ailleurs, que l'insistance des pouvoirs publics à maîtriser les dépenses et à encadrer l'offre publique découle d'une dynamique globale de rationalisation et d'un modèle gestionnaire de l'exercice du pouvoir. Il s'agit d'organiser les activités économiques selon des principes rationnels – c'est-à-dire fondés sur une méthode d'analyse de données servant les objectifs de l'organisation – afin d'obtenir le maximum de rendement avec un minimum de coût. Cela induit notamment : une survalorisation des TIC, un contrôle quantifié de l'activité et la construction de systèmes d'information intégrés à l'activité (Bonneville, 2003 ; Bouillon, 2004). À partir des années 1980, les gouvernements français ont privilégié la gestion des exigences financières et le contrôle budgétaire. Cela explique, notamment, qu'ils se soient focalisés sur de nouveaux modèles de fonctionnement attachés au rôle structurant des outils de gestion (Groleau et Mayère, 2009). Cette conjonction de méthodes et d'outils a notamment pour but d'améliorer la circulation et le traitement des informations administratives et comptables, afin de maîtriser la rentabilité de l'activité.

Bouillon (2004) met en évidence deux autres axes de rationalisation dans les organisations. Premièrement, la rationalisation des méthodes de travail et des modes opératoires : la transcription des savoirs-faire tacites et la standardisation des modes opératoires permettent

⁴⁸ C'est-à-dire de valorisation des modèles de contrôle de gestion comme paradigme d'évaluation de l'activité (Abord de Chatillon, Desmarais, 2012)

de répondre aux exigences des normes de certification et découlent d'une logique préventive de contrôle et d'accumulation. Ensuite, la rationalisation du travail collaboratif : les organisations par projet, de plus en plus répandues, induisent de nouvelles formes de communication et d'organisation en situation, qui interrogent la stabilité des collectifs et les conditions de production, de traitement et de conservation de connaissances en organisation.

E. Gardère (2012) met en évidence les mouvements politiques qui entérinent ce nouveau paradigme de gestion publique :

1. La loi de décentralisation (1982) : cette loi prévoit la suppression de la tutelle administrative et financière, exercée par le préfet, le transfert de l'exécutif départemental et régional au profit d'un élu local et fait de la région une collectivité territoriale de plein exercice. Gardère (2012) explique que cette décentralisation du pouvoir fait écho à un éclatement du modèle traditionnel de prise de décision publique au profit de nouvelles normes de gestion décrites par les pouvoirs publics comme citoyenne, délibérative et participative.
2. L'adoption de la loi organique relative aux lois de finance (LOLF, 2001) : il s'agit ici de réformer la gestion comptable et budgétaire de l'État, notamment la façon dont l'argent public est utilisé par chaque ministère. Elle vise, par la responsabilisation des gestionnaires publics, à instaurer une gestion plus démocratique, plus efficace et plus rentable des dépenses publiques.
3. L'adoption de la révision générale des politiques publiques (RGPP, 2007) : l'objectif ici est de diminuer la dépense publique tout en renforçant l'efficacité et la qualité de l'action publique. Elle se fonde sur une démarche en trois points :
 - mettre en place un Conseil de la modernisation des politiques publiques composé des ministres et du président de la République qui assurera directement le pilotage des réformes,
 - une révision exhaustive de l'ensemble des dépenses de l'État axée sur la nécessité de faire des économies,
 - aboutir à des réformes structurelles modifiant profondément les modes d'intervention de l'État, notamment dans les institutions publiques.

Perspective critique sur le Nouveau Management Public

Pour pallier la situation économique fluctuante des finances publiques françaises, les différents gouvernements depuis les années 1980 se sont employés à réformer les modes de financement des politiques publiques. Les réformes en question sont focalisées sur la montée des exigences financières et le contrôle budgétaire strict, plébiscitant l'utilisation des techniques de contrôle de gestion (Groleau et Mayère, 2009). Nous avons notamment à l'esprit la loi de décentralisation (1982), de l'adoption de la loi organique relative aux lois de finance (LOLF, 2001) et de l'adoption de la révision générale des politiques publiques (RGPP, 2007). L'objectif est de reconfigurer les institutions publiques, leur gestion et, également, leurs modes de communication. Dans cette perspective, les discours officiels concernant la mise en place de nouveaux dispositifs de gestion avancent l'argument d'une nécessaire « modernisation » donnant lieu à l'adoption d'un modèle de gestion nommé Nouveau Management Public, définit comme un « *ensemble d'actions dans une organisation publique répondant à des méthodes devant atteindre des objectifs avec une planification et un contrôle* » (Aktouf, 1989 ; Bartoli, 1997 ; Thiétart, 1999 cités par Gardère, 2012, p5). Compte tenu de la perspective de notre étude, nous avons plusieurs remarques critiques à faire concernant ce modèle, appuyées par des travaux en SIC et en sciences de gestion dont l'objectif est de mettre en évidence les limites et les difficultés de ce genre de modèles (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012 ; Bèzes, 2008 ; Bonneville, 2003 ; Bouillon, 2004 ; Gardère, 2012 ; Groleau et Mayère, 2009 ; Ogien, 2009).

En premier lieu, nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur le nom même du modèle. Il est en soi intéressant dans la mesure où il associe les notions de « management » et de « public » dans la même expression. Ici, la rencontre d'une tradition sociopolitique associée à l'État providence et de méthodes d'organisation liée au secteur privé nous indique, *a priori*, une intention de compatibilité entre le service public et les principes de gestion capitalistes. Dans les méthodes, les objectifs, la planification et le contrôle, on retrouve, dans ce modèle de gestion, les marqueurs de la radicalisation de la modernité. Une première raison à ce phénomène pourrait tenir à la perméabilité du système étatique aux injonctions de l'esprit du capitalisme actuel. Cependant, il est également possible que le secteur public s'inspire des modèles de gestion privés par mimétisme méthodologique pour assurer plus de rendement financier au secteur public. Abord de Chatillon et Desmarais (2012) en sciences de gestion, ont mis en évidence – dans une perspective critique – les avantages supposés de telles méthodes pour le

secteur public. Ils avancent tout d'abord l'argument du « *managérialisme* », en référence aux travaux de Boyne (2003), qui induit que la recherche de performance peut être dissociée des moyens alloués aux organisations publiques. En d'autres termes, l'efficacité ne dépendrait pas des ressources allouées et le fonctionnement normal pourrait être maintenu malgré des coupes drastiques de budget. Cela est en soi discutable, puisque cela induit de supprimer des postes de fonctionnaires, d'informatiser les tâches, de concentrer les services et d'augmenter la charge de travail des agents (Lascoumes, Le Gales, 2004 et Bèzes, 2008 cités par Ogien, 2009). Une deuxième composante méthodologique consiste à constituer des équipes autonomes dans leur organisation, mais tributaires du contrôle gestionnaire de leur activité (ratio performance - dépenses) pour fonctionner. Cette composante renvoie notamment à la généralisation du management par objectif et des activités de *reporting*, c'est-à-dire au contrôle par quantification de l'activité. Enfin, les chercheurs mettent en avant la contractualisation du service public, c'est-à-dire le fait de faire appel à des contractuels pour assurer la continuité des activités. Ce qui signifie, en outre, que les organisations publiques sont de plus en plus intégrées à des réseaux d'acteurs flexibles, corollairement à leur inscription dans un monde connexionniste.

Or, historiquement, précisément depuis le Second Empire, l'État est dit « *providence* » : cela signifie que la mission première de l'État n'est pas tant de répondre aux injonctions économiques que de se préoccuper de problématiques liées à la protection et la justice sociale (les deux pouvant aller de pair, mais pas systématiquement). Il s'agit, en d'autres termes, de fournir aux citoyens des garanties contre les risques de la vie, assurées par la sécurité sociale et le système d'assistance de l'aide sociale. Ceci, afin de favoriser la justice sociale pour tous, via certains mécanismes de redistribution des richesses : indemniser les citoyens victimes des aléas de la vie (accident, chômage, catastrophe, vieillesse, etc.) et assurer un minimum de ressources et l'accès aux besoins fondamentaux (eau, nourriture, hygiène, éducation) à tous les citoyens. Notre propos n'est certainement pas de dire que cette conception de l'État est incompatible avec une dynamique de modernisation, nous souhaitons simplement mettre en évidence qu'il convient de s'interroger sur les répercussions de la rationalisation des activités sociales liées à l'activité publique – comme la prise en charge de patients dans les hôpitaux, à la fois sur les administrés (mais ce n'est pas l'objet de ce travail) que sur les personnels qui sont enjointés à s'en accommoder. En l'occurrence, les travaux de L. Bonneville (2003) sur la question apportent un éclairage intéressant. Celui-ci étudie les conséquences de la modernisation et de la rationalisation de la gestion publique québécoise sur leurs systèmes socio-sanitaires. Dans un

contexte de management public sensiblement proche du nôtre, il met en évidence les principales difficultés des système socio-sanitaires publics induites par ce nouveau type de management : il relève une demande croissante de prise en charge dans un contexte de diminution des effectifs et de restrictions budgétaires entraînant suffisamment de tensions significatives pour parler d'un double mouvement, financier et organisationnel, de « *crise du système socio-sanitaire* » (Bonneville, 2003 : 125).

Les nombreuses réformes structurelles liées à la modernisation sont généralement accompagnées de politiques budgétaires restrictives qui complexifient la production de service de qualité (Bonneville, 2003). Selon le chercheur, la productivité et la rentabilité du système de santé seraient, désormais, plus importantes que sa mission sociale, indiquant un changement de priorités inspiré par les modèles de gestion du privé. A. Ogien (2009) explique, quant à lui, que la modernisation du service public répond à quatre exigences en lien avec les méthodes de gestion privées :

- (1) une exigence de rationalisation,
- (2) par la quantification de l'activité,
- (3) pour contrôler
- (4) et optimiser le processus de production.

Or, selon les soignants, entretenir cette productivité se fait au détriment de la qualité du service (Ogien, 2009). Dans ce contexte, la définition du terme de qualité ne va pas de soi, notamment parce que, selon A. Ogien (2009) celle-ci est l'un des enjeux de la rationalisation des hôpitaux. Dans ses usages courants, on l'utilise d'une pour désigner une réponse appropriée aux revendications et besoins des patients, et d'autre part, comme résultat conforme à la norme comptable et aux objectifs de l'organisation. Ce double usage induit plusieurs questions sous-jacentes comme : quel usage est prioritaire dans la formalisation de la qualité comme valeur professionnelle ? Et quelles conséquences sur les prises en charge et le sens du métier des soignants ? Par ailleurs, cette double acception est à l'origine, selon le chercheur, de confusions et de tensions, notamment parce que la seconde induit une obligation légale d'évaluation gestionnaire de l'activité (Le Moëne et Parrini-Aleman, 2010) des soignants, entraînant un certain nombre d'enjeux internes contraignants.

Tout d'abord, cela postule l'existence de textes fixant les conditions globales d'évaluation de l'activité en vue de répondre à une exigence budgétaire et gestionnaire. Cela signifie évaluer la performance d'une organisation au regard de la rentabilité des investissements réalisés (Le Moëne et Parrini-Aleman, 2010) par la quantification de l'activité et le contrôle de la qualité⁴⁹. Cela induit que l'évaluation gestionnaire passe par le traçage individuel de l'activité et la communication systématique des données à son supérieur ou son gestionnaire. Les personnels de soin disposent ainsi, par exemple, de logiciels qui permettent de tracer leur activité en temps réel sous forme de rapports d'activité accessibles à tous, dans un dossier patient partagé. Les cadres de santé sont chargés de la compilation des données logistiques (stocks, nombre d'entrées, nombre de sorties, durées moyennes de séjour, etc.) et de communiquer les données à l'administration pour évaluation comptable. Or, ces activités sont à réaliser en plus du travail courant et chacun est responsable de son activité et de son traçage. En cas d'erreur ou de non-conformité, la faute incombe directement à la personne concernée. Cette responsabilisation des agents, à titre individuel, entretient un sentiment d'insécurité et une extrême vigilance quant aux activités de traçage, parfois plus qu'au soin lui-même.

Si sur le principe, s'inspirer des méthodes efficaces du privé pour créer un modèle hybride de gestion publique, permettant de sécuriser financièrement l'État semble pertinent. Cela soulève dans le même temps un certain nombre de questions et d'impensés qui nécessitent une approche critique. Pourtant, comme le soulignent Abord de Chatillon et Desmarais (2012) dans leur article, il existe notamment très peu de littérature scientifique sur l'influence que peut avoir le NMP sur la dimension humaine du travail. C'est une dimension qui nous intéresse particulièrement ici. Traditionnellement, en SIC, ce sont les dispositifs adossés aux politiques de communication qui permettent de faire être et faire agir en organisation. On leur attribue une fonction de « *médiation symbolique* » (Quéré, 1982). Nous nous sommes donc intéressée à l'influence des dispositifs info-communicationnels adossés au NMP sur les situations de travail et par extension sur les valeurs liées aux professions de soin.

En l'occurrence, nous redoutons la banalisation d'un « *phénomène crastique* » (Cabedoche, 2014) dans les organisations publiques. Littéralement, la « crase » est un terme de colonisation faisant référence au fait d'écraser les données culturelles situées qui pourraient

⁴⁹ Au sens de conformité à la norme comptable et aux objectifs financiers de l'organisation.

permettre au colonisé de conserver son esprit critique. Cabedoche (2014) se sert de cette expression pour mettre en lumière le rôle des discours d'embellissement dans les dérives managériales de France Télécom, amenant aux suicides de nombreuses personnes dans les années 2000. La métaphore fait référence à un processus d'acculturation plutôt violent, soutenu par des discours de justification chargés d'enchanter et de donner du sens au nouvel ensemble de valeurs. Parmi les difficultés les plus courantes qui incombent aux méthodes de gestion privées on retrouve : le maintien d'un état de crise permanent, l'exigence de productivité constante, les injonctions à la polycompétence, à la mobilité, à la visibilité, à l'individualisation de la performance tout en travaillant en réseau, et l'angoisse de la perte de sens (Boltanski et Chiapello, 1999). Ces composantes sont selon nous à l'origine de tensions qui peuvent expliquer la multiplication de manifestations contre le modèle actuel de gestion publique.

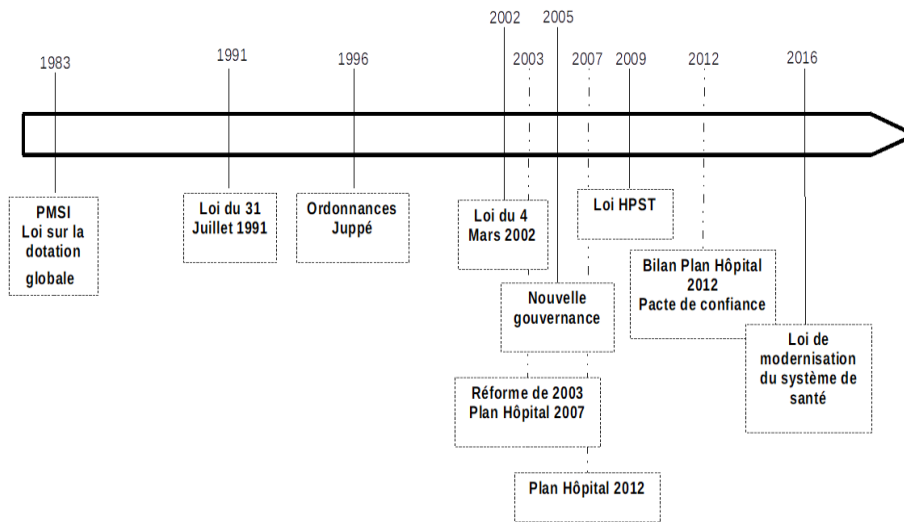
Quelles formes de rationalisation pour les organisations de santé ?

Nous avons vu que le Nouveau Management Public est porteur d'une dynamique à la fois de modernisation et de rationalisation des organisations publiques. L'objectif est d'assurer le meilleur service possible au moindre coût. Si cela s'entend, nous avons abordé précédemment le fait que le contexte dans lequel s'inscrivent aujourd'hui les professionnels du soin peut être source de tensions très fortes au sein des organisations de santé. Les modèles rationalisés de production dans le secteur public laisseraient impensées « *les conditions qui fondent l'efficacité de l'intervention de ces professionnels ainsi que leur capacité d'évolution et d'innovation* » (Groleau et Mayère, 2009 : 82). Il s'agit ici de voir quelles formes de rationalisations implique le NMP pour les organisations de santé. Nous souhaitons aborder deux aspects de ce processus de modernisation et de rationalisation. Premièrement le contexte : il s'agit de resituer l'évolution des politiques de santé publique ayant eu des conséquences sur les centres hospitaliers depuis les années 1980, puis nous détaillerons les formes de rationalisation qui touchent ces organisations.

Depuis les années 1980, les réformes du système de santé ont été nombreuses. Elles participent de la transformation des cadres réglementaires de la pratique du soin en France et font émerger de nouveaux enjeux économiques et dynamiques de recompositions organisationnelles (Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009). Ogien (2009) fait la liste des réformes

majeures qui ont amorcé cette transformation. La frise ci-après donne un aperçu chronologique du nombre de réformes concernant le système de santé des années 1980 à 2016 :

Figure 2: Frise chronologique des réformes de modernisation du système de santé français de 1980 à 2016



Si l'objectif commun à ces réformes est la modernisation du système de santé, il convient de dire un mot de leurs perspectives et mises en application respectives.

- Le projet de Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁵⁰ a vu le jour en 1982. À partir de la collecte de données quantifiées et standardisées sur les ressources allouées aux hôpitaux, son objectif est de réduire les disparités dues aux territoires en accordant les ressources au plus juste. Pour cela, les centres hospitaliers doivent être pourvus en systèmes d'information efficaces. Ce projet va faire l'objet, durant une dizaine d'années, de phases d'expérimentations dans le public et le privé, pour déterminer s'il est possible de mettre en place une tarification du système de santé sur la base de la PMSI.
- La loi hospitalière de 1991⁵¹ consiste à instaurer l'obligation légale pour les centres hospitaliers de procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité en termes de qualité.

⁵⁰ Pour plus d'information : <https://www.fhf.fr/gestion-hospitaliere/pmsi.html>

⁵¹ Pour plus d'informations : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000720668/>

Par ailleurs, elle permet la mise en place de schémas régionaux d'organisation sanitaire et de coopération inter-établissements. C'est également le début d'une transformation en profondeur des modes d'organisation et de management au sein des centres hospitaliers fondés sur la qualité, l'accès généralisé au soin et la maîtrise des dépenses.

- Les ordonnances de 1996⁵², présentent trois projets sur l'organisation de la sécurité sociale, la maîtrise des dépenses de soins et sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée, prévoyant notamment la création des agences régionales d'hospitalisation (ARH). Par l'accréditation des centres hospitaliers, l'idée est d'homogénéiser les missions attribuées aux établissements de soins (privés et publics). Elle s'appuie sur quatre dispositifs : le système d'accréditation pour maîtriser et standardiser la qualité des soins, la création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), la contractualisation des agents et le renforcement de la coopération entre les centres hospitaliers.
- La loi de 2002⁵³, relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin, se concentre sur le patient en tant qu'usager du service public. Ils bénéficient, alors, d'une meilleure représentation et protection juridique en cas d'hospitalisation sans consentement ou d'accident médical, et disposent d'un droit à l'information élargi concernant leurs dossiers et les conflits d'intérêts pouvant concerner les médecins.
- Les plans quinquennaux hôpitaux de 2007⁵⁴ à 2012, mis en place respectivement en 2003 et 2007, sont chargés de la mise en place de la relance des investissements et l'élargissement des compétences des ARH et de l'informatisation des hôpitaux, l'amélioration des conditions de travail des personnels et l'accueil des familles, la mise aux normes de sécurité et la réorganisation des services d'urgence. Avec le plan de 2007, il s'agit de donner plus d'autonomie aux professionnels et de transformer les modes de financement des établissements publics et privés, notamment avec l'instauration de la T2A. Le plan 2012⁵⁵, quant à lui, consiste à maintenir les investissements pour les établissements privés et publics, favoriser les méthodes d'analyse et de gestion qui vont

⁵² Pour plus d'informations : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000005620817/>

⁵³ Pour plus d'informations : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>

⁵⁴ Pour plus d'informations : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/lettre_h2007_1.pdf

⁵⁵ Pour plus d'informations : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Dossier_de_presse_100210-Hopital2012.pdf

dans le sens de la rationalisation des opérations financières du public et développer les systèmes d'information des centres hospitaliers.

- La loi « Hôpital, patients, santé, territoire » de 2009⁵⁶ relative à la modernisation des établissements de santé s'appuie sur trois axes de travail. Le premier, et le plus important, la transformation de l'organisation interne de l'hôpital : elle permet la création de nouvelles instances (le conseil de surveillance, le directoire, la commission médicale d'établissement et le comité médical d'établissement). Au sein du centre hospitalier, les services sont réunis administrativement en pôles d'activité clinique et médico-technique. Ceux-ci sont chargés de mieux intégrer les activités de chaque service au centre hospitalier et de faire respecter les nouveaux indicateurs en termes de qualité et de sécurité des soins. Le deuxième axe de la loi concerne les relations avec l'Agence Régionale de Santé et l'organisation de l'offre de soin selon des schémas régionaux sous tutelle de l'ARS. Le troisième axe concerne la coopération entre établissements de santé avec différentes propositions de groupement des centres hospitaliers en fonction du besoin du territoire (communauté hospitalière, groupement de coopération sanitaire de moyens, etc.).
- La loi de modernisation du système de santé de 2016⁵⁷ propose un cadre renouvelé de modernisation du système de santé en trois points : favoriser la prévention (notamment concernant le tabagisme, l'alcoolisme, l'anorexie et les toxicomanies), faciliter l'accès aux soins notamment en étendant le tiers payant, en créant un numéro d'appel national pour joindre un professionnel de santé d'astreinte et d'un portail internet national pour trouver et joindre un professionnel de santé à proximité. Enfin, réformer les centres hospitaliers, notamment en créant les Groupements Hospitaliers de Territoires afin de partager les ressources selon un projet médical commun et l'amélioration de l'accès aux données médicales pour les patients et les soignants (accès libre, protection des données et dossier médical partagé).

Ces différentes réformes sont à articuler avec des enjeux économiques et de politiques publiques (Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009). En effet, le budget global de 1983, formalisé par la PMSI et les ordonnances Juppé de 1996 ont permis de repositionner les pouvoirs publics

⁵⁶ Pour plus d'informations : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

⁵⁷ Pour plus d'informations : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641/>

en tant que pilote, intervenant sur des contrats d'objectifs liés au système de santé français. Par ailleurs, le contexte général de lié à la Loi organique relative aux lois de Finances (LOLF)⁵⁸ de 2001 permet d'ancrer les principes de performance, d'efficacité et d'efficience comme ligne directrice de la gestion publique et participe d'une montée en puissance de la rationalité budgétaire. Corollairement, les professionnels et les spécialistes s'accordent sur le fait que la situation matérielle et humaine dans les hôpitaux se dégrade, en particulier depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) (Mayère, Grosjean, Bonneville, 2003). Instaurée en 2004 lors du plan « Hôpital 2007 », il s'agit d'un mode de financement commun aux établissements de santé publics et privés qui repose sur l'évaluation comptable des activités de soins. En l'occurrence, il s'agit de mesurer la nature et le volume de l'activité afin d'en contrôler les ressources au plus juste, contrairement au budget global qui consistait à obtenir une simple autorisation de dépenses. J.-C. Moisdon (2009) explique que d'un point de vue socio-historique, ces réformes ont été l'occasion de repenser les modes de financement, de planification et de gouvernance des organisations de santé à partir d'un modèle de pilotage fondé sur la quantification. Ces méthodes supposent notamment que toute activité référencée soit tracée dans un système d'information pour incrémenter les mesures et indicateurs qui servent à justifier le budget obtenu et à argumenter sur l'obtention de ressources futures.

Parallèlement, dans un contexte où les organisations de santé font déjà face à la convergence de problématiques sociétales les impactant directement (Mayère, 2014) (le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, croissance de la demande de soins) les politiques de réduction des dépenses publiques transforment elles aussi profondément l'organisation. Mayère (2014) explique qu'elles ont notamment une incidence forte sur le nombre des hospitalisations, leur durée, la maîtrise de la consommation de médicaments, les différentes formes de pressions budgétaires et la mise en compétition des territoires. Nous souscrivons à l'idée qu'une approche communicationnelle des organisations de santé permet de faire émerger que le contexte politique de rationalisation des établissements et du travail de santé entre en tension avec les contingences liées à l'activité de soin et crée des tensions au sein des organisations de santé (Mayère 2013). Le contexte de multiplication des

⁵⁸ Cette loi a pour objectif de réformer la gestion de l'Etat et d'en transformer les règles budgétaires et comptables. C'est-à-dire de transformer la façon dont l'argent public est utilisé par chaque ministère en rendant sa gestion plus démocratique et plus efficace au regard des dépenses publiques. Pour plus d'informations : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000394028/>

réformes viserait, selon Mayère (2014) et Denis (2012), une « performance accrue » des systèmes de santé et une montée en puissance des logiques gestionnaires.

En France, les politiques de santé publique fondées sur la modernisation et la gestionnarisation des organisations de santé préconisent la mise en place de dispositifs et d'outils permettant de maîtriser les budgets avec comme clef de voûte la tarification à l'activité. Elle induit la mise en place d'une certification qualité, des évaluations régulières et impératives avec la possibilité de sanctionner les établissements qui ne respecteraient pas le cahier des charges de la certification nationale (Mayère, 2014). L'évaluation des établissements passe, à une échelle plus micro, par l'évaluation des pratiques professionnelles. Ceci explique la multiplication des normes, réglementations, protocoles et lignes managériales d'optimisation des processus et d'amélioration continue de la qualité des soins au sein des équipes. Cet ensemble de méthodes d'évaluation et les textes de certification qui l'accompagne permettent l'émergence de standards de bonnes pratiques et accordent une importance privilégiée aux outils de gestion (Groleau et Mayère, 2009). Par ailleurs, les modalités de gestion budgétaire incitent les services à limiter les durées de séjour pour les conformer aux standards prescrits (Mayère, 2014). Il s'agit par exemple de regrouper les examens médicaux sur des périodes très denses, afin de réaliser un travail de coordination rapide entre les professionnels qui permettrait de renvoyer le patient chez lui au plus vite. Du point de vue des agents, cela signifie qu'en plus de leurs tâches habituelles, ils doivent s'investir dans un travail d'organisation du travail, dans le but de mettre en conformité les règles émanant des certifications et les pratiques autonomes. Il s'agit de faire évoluer les règles autonomes selon des standards de bonnes pratiques préconisés par l'organisation. Pour A. Ogien (2009) la réorganisation de l'activité des services publics, selon un principe de rationalisation, passe par une les dix étapes suivantes :

1. Mettre en place un système d'information,
2. afin de quantifier les modalités de l'action publique,
3. détaillant chacune des interventions des acteurs de la politique publique.
4. Dégager des priorités.
5. Fixer des objectifs chiffrés.
6. Définir des indicateurs de performance.

7. Évaluer les degrés de réalisation de l'activité administrative.
8. La soumettre à comparaison compétitive.
9. Classer les établissements en faisant valoir un principe de transparence.
10. Constituer un corps managérial responsable par le biais de contrats d'objectifs à remplir.

Le fait que la rationalisation passe en premier lieu, chez Ogien (2009), par la mise en place d'un système d'information adapté aux objectifs de l'organisation fait écho, selon nous, à ce qu'A. Mayère (2014) appelle la « *rationalisation équipée* ». Il s'agit en l'occurrence de privilégier une conception essentialiste⁵⁹ de l'information et de fait de survaloriser les technologies d'information et de la communication (TIC) dans les modes de production. Selon Bonneville (2003), c'est au contexte de nouvelle économie globale de service, de savoir que l'on doit le développement rapide TIC dans les processus de production marchands et non-marchands. Dans le domaine médical, il s'agit en particulier de logiciel de traçage de l'activité et de dossiers partagés numériques, dont l'objectif est de fluidifier les transmissions d'informations et d'augmenter la productivité de l'activité.

A. Mayère, S. Grosjean et L. Bonneville (2009) soulignent également que la rationalisation des organisations de santé passe, aussi, par les politiques de gestion fondées sur le développement des transversalités internes et externes. Cela induit notamment une réorganisation en profondeur des établissements de santé afin de développer des organisations plus transversales. Il s'agit ici d'organisations par pôles, de développement de réseaux de soins et d'injonction à la collaboration interservices, inter-établissements voire inter-réseaux. L. Bonneville, S. Grosjean (2009) et O. Riondet (2009) ont travaillé sur la collaboration inter-établissements. Il ressort de ces travaux que le principe de ces collaborations est de développer des complémentarités et de partager des ressources parfois très coûteuses pour un seul établissement. Cela induit que les établissements doivent s'interroger sur ce qui, dans leur activité, peut faire l'objet d'une externalisation. Par ailleurs, derrière la réorganisation en pôles, l'enjeu était de se défaire d'une organisation verticale et hiérarchique à un principe de coordination centralisé, plus horizontal et moins hiérarchique. R. Bercot (2009), C. Groleau et

⁵⁹ Une conception essentialiste de l'information consiste à la considérer uniquement comme une donnée. A. Mayère (2014 : 2) écrit à ce sujet que ces approches « [...] entendue comme un 'en soi', une 'donnée' » en lien avec « [...] une conception fonctionnaliste de la communication réduite à une transmission de ces données, forme de 'liant' nécessaire au 'bon fonctionnement des organisations. »

A. Mayère (2009) expliquent que ces nouvelles configurations du travail interrogent fortement les dynamiques professionnelles et les processus de communication *in situ*, amenant les soignants à ressentir le besoin de consolider leur culture professionnelle (Viard, 2014). R. Bercot (2009) interroge notamment la complexité de la coordination entre les différents professionnels et met en évidence que la formalisation de procédure de gestion engage les acteurs dans un processus de reconquête de leur quotidien, de leur légitimité et de redéfinition des territoires professionnels.

L'objectif de cette section était d'aborder la transformation du modèle de fonctionnement du service public français depuis la crise économique de 1973 et ses conséquences sur la gestion des centres hospitaliers. Nous avons vu que les nombreuses réformes politiques et économiques qui ont fait suite à la crise économique de 1973 ont amené une transformation profonde du modèle de fonctionnement du service public français, fondée sur un principe de rationalisation et de modernisation. L'émergence du NMP comme modèle de gestion moderne a induit des changements importants et des enjeux de taille à prendre en compte au niveau financier et organisationnel des organisations publiques de santé (efficacité, rentabilité, contrôle de l'activité, rationalisation équipée, transversalité, etc.). À partir des éléments précédents, il s'agit à présent pour nous de présenter la problématisation de notre objet et de donner à voir le processus d'élaboration de nos hypothèses.

Section 3 : Problématisation des limites de la médiation symbolique

Selon Bouillon (2003), pour répondre aux objectifs de rationalisation d'une organisation, les acteurs dominants développent des stratégies de communication en termes de décisions et de médiations sociales. Ces stratégies s'appuient sur des valeurs et des ensembles de représentations diffusés à l'aide de dispositifs. Elles ont pour objectif de maximiser les chances de réalisation des objectifs de l'organisation. Cependant, elles disposent de conséquences impensées, notamment leur potentiel de normalisation et de régulation des affects et des comportements au sein des organisations (Gramaccia, 2011 ; Martin-Juchat, 2014 ; Martin-Juchat et Staii 2016 ; Dumas, 2016, 2018). Selon l'orientation idéologique des réformes citées dans la section précédente, on peut déduire que la dimension symbolique du NMP est sous-tendue par les ensembles de représentations liés à la modernité et notamment à sa forme radicalisée (Martin-Juchat et Staii, 2016). Dans leur ouvrage, F. Martin-Juchat et A. Staii (2016)

mettent en évidence quelques caractéristiques de cette radicalisation : la rationalisation des processus de production, la mesure des résultats par quantification, la médiatisation et la délocalisation de compétences cognitives, affectives et communicationnelles par le biais de dispositifs info-communicationnels, et l'autonomisation croissante dans le rapport à soi, aux autres et aux institutions. À partir des travaux critiques de F. Martin-Juchat sur les affects et les organisations contemporaines (2008, 2012, 2014, 2016) et de L. Boltanski et E. Chiapello (1999) sur le capitalisme, nous pouvons ajouter : la réticularisation des modèles d'organisation, les discours d'embellissement et d'enchantement des processus de production, l'épanouissement personnel par la multiplication des projets et la rationalisation – équipée (Mayère, 2014) – du travail collaboratif contrebalancés paradoxalement par une organisation de la production – faussement – centrée sur les rapports humains (exigence de convivialité, authenticité, etc.) (Bouillon, 2003).

Nous nous intéressons en particulier aux conséquences des médiations symboliques induites par les dispositifs info-communicationnels sur les soignants, notamment en termes d'affects. La multiplication, de la part des personnels hospitaliers, des grèves, des manifestations publiques et des déclarations véhémentes sur leurs conditions de travail nous interpelle fortement depuis plusieurs années. Comme mentionné plus haut, nous redoutons la banalisation d'un phénomène crastique (Cabedoche, 2014), induit par la modernisation et la gestionarisation du soin au sein des centres hospitaliers. Si, dans le cadre de la gestion du changement, les dispositifs info-communicationnels adossés aux stratégies de médiation symbolique ont pour objectif d'accompagner ce changement en répondant au mieux aux objectifs de la rationalisation. Par extension, ils ont aussi pour fonction de repérer et réguler les comportements et les réactions qui mettent à mal ces objectifs. La prise en compte des réactions des personnels hospitaliers interroge l'efficacité de ce genre de stratégies. Ainsi, à partir de l'observation des manifestations affectives des soignants *in situ*, il s'agit d'étudier les limites de la médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels adossés à la modernisation du service public. En effet, les manifestations affectives afférentes aux protestations politiques contre le modèle de gestion du service public révèlent, selon nous, les limites possibles de la médiation symbolique conférée traditionnellement aux dispositifs info-communicationnels. Par là même, prêter attention à ces manifestations affectives permettrait, également, de mettre en évidence les limites des stratégies de normalisation affective dans les organisations, qui, selon

nous, nient le potentiel d'amélioration contenu dans les manifestations affectives en situation de travail (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018).

Dans la perspective des ACO nous nous sommes attachée à explorer le problème selon les trois niveaux mis en avant par Bouillon, Bourdin et Loneux (2007). Chaque niveau, détaillé dans les sous-parties suivantes, ouvre sur des hypothèses que nous envisageons comme des enjeux intéressants relatifs aux communications affectives et l'organisation du travail dans les centres hospitaliers. En résumé :

- Au niveau des politiques de communication, il s'agit pour nous d'étudier la dualité entre esprit du soin et esprit du NMP, dont l'enjeu principal touche, selon nous, à l'articulation entre productivité, investissement affectif et subjectivation du travail.
- Concernant les processus de communication, nous nous intéressons au rôle des dispositifs info-communicationnels dans la médiation et l'ingénierie symbolique liée à la modernisation, dont l'enjeu principal est la transformation de la dimension communicationnelle de l'activité de soin.
- Enfin, il s'agit de s'intéresser aux manifestations affectives des soignants en situation de travail, pour mettre en évidence leur potentiel comme indicateurs de dysfonctionnements.

Esprit du soin, esprit du NMP et phénomène crastique

Jusqu'ici, nous avons vu que la dynamique de modernisation qui touche le service public consiste, principalement, à réformer les modes de financement des politiques publiques et à transformer le mode de fonctionnement des organisations publiques telles que les centres hospitaliers. Cela implique, notamment, de répondre aux impératifs de contrôle de gestion (Groleau, Mayère, 2009) et de développer l'organisation en optimisant et en rationalisant les activités, les flux d'information et les ressources (Bouillon, 2003 ; Ogien, 2009 ; Gardère, 2012 ; Mayère, 2014). Dans le cadre des centres hospitaliers, on peut citer par exemple : le développement de nouveaux systèmes d'information, l'utilisation de nouveaux logiciels de transmissions d'informations (les dossiers médicaux partagés, les logiciels de traçage d'activité, etc.), mais également les réunions de stratégies d'évolution des services, l'organisation en pôles de compétences, etc. Il s'agit de dispositifs qui assurent les fonctions de surveillance, de

direction et de médiation au sein de l'organisation. À l'instar de L. Quéré (1982), le déploiement de dispositifs info-communicationnels dont l'objectif est de rationaliser l'activité et les interactions nous interrogent. Nous avons relevé que les stratégies de modernisation n'incluent pas forcément d'accompagnement au changement, cela reste très à la marge ou délégué de bout en bout jusqu'aux opérationnels (Dujarier, 2006). On peut en déduire que ce genre de stratégies postulent que la transformation d'un mode de fonctionnement n'aurait de conséquences notables qu'en termes de résultats (objectifs quantifiés, surveillés, contrôlés).

Quid des processus de communication, de la communication située, de leurs enjeux et de leurs modalités ? Les manifestations affectives sont notamment traitées comme effet collatéral de la transformation et invisibilisées. Cependant, si les effets collatéraux sont, en fait, un phénomène global et partagé, cela ne met-il pas en évidence les limites de la stratégie ? Nous avons élaboré notre première hypothèse dans cette perspective :

HYPOTHÈSE N°1

Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'augmenter sa productivité transforme l'investissement affectif et la subjectivation du travail

Il s'agit ici de s'intéresser aux répercussions peu visibles de la transformation d'un modèle de fonctionnement. Si les résultats peuvent être très clairs en termes d'efficacité et de performance, c'est généralement moins le cas lorsque l'on s'intéresse à l'influence des transformations sur la communication située et les processus de communication présents au sein de l'organisation. De plus, les communications affectives restent les grandes oubliées des changements organisationnels. Suggérer que les transformations en question influencent également l'investissement affectif et la subjectivation du travail implique de s'intéresser à la façon dont sont envisagés et s'intègrent les affects dans une perspective de modernisation.

Concernant les dimensions collectives, les affects au travail restent encore peu, voire non pris en compte par les organisations. En particulier lorsqu'il s'agit de transformer un modèle de fonctionnement en vue d'augmenter la productivité et la performance. La problématique est présente dans la littérature managériale, mais principalement dans une perspective de régulation (Illouz, 2006 ; 2012 ; Goleman, 1999). Pourtant, l'importance de l'engagement et de l'investissement affectif dans le travail reviennent régulièrement comme marqueurs d'un savoir-être de qualité au travail. Alors que, dans le même temps, les salariés

sont incités à développer le contrôle de leurs affects en situation de travail (Boltanski et Chiapello, 1999). Cette injonction à l'auto-contrôle procède d'une forme de « *travail émotionnel* » (Hoschild, 2003). Selon A. Hoschild, le travail émotionnel se caractérise par les efforts que peut fournir un individu pour résoudre un moment de dissonance consciente entre ce qu'il ressent et ce que l'on attend de lui. Ainsi, dans un contexte où la maîtrise des émotions constitue *a priori* un avantage concurrentiel et où les outils d'auto-contrôle et de développement de compétences communicationnelles et affectives sont promus comme nécessaires à la qualité du savoir-être en organisation, il convient pour autant d'interroger l'effet de normalisation des affects (Dumas, 2016) qui en découle. Le fait que l'évaluation des savoirs-être passe par l'injonction à la gestion individuelle des émotions, induit à la fois : leur codification, leur normalisation et leur instrumentalisation. Cette logique de contrôle est un revers paradoxal de l'inclinaison des organisations à valoriser des rapports plus humains dans le travail (Bouillon, 2003). Elles naviguent alors entre valorisation et objectification à visée instrumentale des affects. À l'instar d'A. Dumas, nous rapprochons cette dynamique de la généralisation des modèles de fonctionnements fondés sur des principes gestionnaires. On observe une double prise en compte contradictoire des affects : ils sont à la fois l'objet d'un processus stratégique de contrôle, induisant codification et normalisation, et à la fois la composante résolument subjective du travail que l'on ne peut pas tout à fait contrôler et qui nécessite un encadrement strict.

La chercheuse soulève, également, une autre question très intéressante : les attendus des organisations en termes de savoir-être et de gestion des émotions peuvent-ils être source d'inégalité au travail ? En l'occurrence, oui. La généralisation du concept d'intelligence émotionnelle comme modèle de savoir-être en organisation privilégie une lecture décontextualisée des affects. Cela signifie que les conditions sociales déterminant l'apprentissage de l'expression et de la façon de vivre ses affects individuellement ne sont pas prises en compte. Selon A. Dumas, à partir des travaux de J.-F. Chanlat (2003) et V. Brunel (2008), cette tendance vient de la figure du *self-made-man* américain comme mythe fondateur d'une version de soi améliorée, autonome et flexible grâce au travail, très valorisée par le nouvel esprit du capitalisme. Ce qui se dessine en filigrane, c'est que la normalisation des profils affectifs en organisation rejoue, à l'échelle de l'organisation, des scènes de conformation physique et psychologique aux injonctions de la classe dominante, cela induit des enjeux de domination. La question critique qui en découle est : *quid* de ceux qui n'ont pas appris à se

conformer ? L'injonction à la flexibilité, notamment affective, tend toujours vers un lissage des relations sociales et dans la mesure où, selon ce principe, les affects sont une affaire intime et relève de la responsabilité individuelle, si échec relationnel il y a, c'est la capacité intrinsèque de l'individu à être en société et à se dominer qui est mise en cause, entraînant potentiellement son isolement (Boltanski et Chiapello, 1999).

Les différents enjeux soulevés jusqu'ici se recoupent sous le thème des rapports de forces. F. Lambotte (2018) met en évidence qu'en la matière, les chercheurs en SIC se sont attachés à montrer comment les nouveaux discours managériaux assujettissent les « *psyché* » et les transforment en énergie productive (De Gaulejac, 2005 ; Heller, 2005), comment les « *gouvernementalités managériales* » (Petitet, 2005) se développent grâce à la normalisation des corps, la production de discours d'embellissement et l'appropriation stratégique de la communication en organisation, ou encore, comment l'articulation de logiques symboliques de libéralisation et de rationalisation crée des paradoxes (Bouillon, 2005, 2008, 2015) et fragilisent les conditions d'émancipation des individus (Floris, 1996 ; Floris et Ledun, 2005). Pour nourrir notre perspective critique et compte tenu de notre sujet, il convient d'ajouter à cette synthèse les travaux sur les nouvelles formes d'assujettissement des corps par le management, ou plus précisément une facette peu abordée de cette exploration des assujettissements : l'affectivité (Martin-Juchat, 2008, 2012, 2014) au travail et les enjeux en termes d'assujettissement et d'émancipation qui en découlent (Martin-Juchat, Lépine, Méniessier, 2018 ; Martin-Juchat et Méniessier, 2018).

Corollairement, la normalisation du vécu affectif en organisation pose selon nous question en termes de subjectivation au travail. V. Lépine (2018 : 39) écrit que la normalisation « *agit au cœur de la subjectivation* » et pour cause, puisque malgré son caractère institutionnel en organisation, elle n'est pas extérieure au sujet. Systématiquement en relation à une action collective, la subjectivation s'inscrit toujours en regard d'une norme, elle est donc inséparable des rapports de forces sous-tendus par les relations sociales. Le sociologue, D. Martuccelli (2005 : 8) écrit :

« Elle peut ainsi s'exprimer, par exemple, soit comme la quête de la dimension du sujet que l'on porte en soi, à travers un conflit sans relâche contre l'emprise permanente de la société sur soi (à la fois contre le

monde des marchandises et contre les forces communautaires) (Touraine, 1997), soit comme une possibilité d'exploration de soi grâce à une augmentation de l'initiative individuelle rendue possible par la contestation culturelle (Melucci, 1982). »

Contrairement à sa forme historique originale, – exprimée au moment du marxisme et de la lutte des classes par une subjectivation de type collective, à travers la figure du prolétariat –, les études auxquelles nous avons fait référence jusqu'ici envisagent la subjectivation comme un processus individuel et individualisant. Cette tendance peut-être rapprochée de l'expansion de l'individualisme encouragée par la modernité. Plus proche de nous, V. Lépine (2018) propose, une définition de la subjectivation comme « *processus par lequel les individus se constituent comme sujets de leur conduite en construisant un rapport pratique et réflexif sur eux-mêmes* » (Lépine, 2018 : 39) et plus loin (Lépine, 2018 : 39-40) :

« Nous avançons que les pratiques info-communicationnelles professionnalisées sont au cœur des normalisations observables dans les organisations et que les activités de travail sont néanmoins aussi le lieu d'une normativité qui se recompose au sein des inter-relations, donnant lieu en retour à des renormalisations collectives. Le mouvement dialectique entre normalisation et renormalisation implique un travail de comparaison, d'appréciation ou de dépréciation des pratiques face à des règles conventionnelles et en regard des aspirations des acteurs. »

Nous comprenons ici que la subjectivation est un processus de double évaluation de soi par rapport aux autres et par rapport à la norme, dont la problématique est de savoir de quelle marge de manœuvre nous disposons pour être. La transformation d'un mode de fonctionnement organisationnel à l'aide de dispositifs assurant une forme de médiation symbolique, pose la question du processus de renormalisation individuelle et collective. À ce titre, il nous semble délicat de n'envisager les répercussions d'un mode de fonctionnement que du point de vue de la performance de l'activité. Dans le contexte symbolique actuel – liés à la radicalisation de la

modernité –, les processus de normalisation et de renormalisation individuels et collectifs sont invisibilisés par les organisations et dans le même temps, font l'objet d'une régulation par le biais de dispositifs info-communicationnels. Or, la codification normalisée de l'expression et du ressenti affectif entrave les processus de subjectivation et par extension induit des incompréhensions dans le sens que l'on accorde à l'activité. Les conséquences de cette situation ne sont que très peu étudiées et/ou prises en compte à l'échelle des organisations. Pourtant, la littérature scientifique traitant du bien-être au travail, à l'échelle individuelle, relève depuis plusieurs années déjà l'existence de phénomènes d'épuisement affectif, de perte de sens et plus globalement de la généralisation d'un mal être au travail (Clot, 2004 ; Dejours, 1993 ; 2010 ; 2016). Selon nous, ces manifestations de mal-être sont en lien direct avec l'invisibilisation des affects au travail (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018). Mettre en évidence dans quelles mesures transformer un modèle de fonctionnement, transforme l'investissement affectif et la subjectivation du travail, nous permettrait de mettre à jour ces enjeux et d'expliquer l'importance de leur prise en compte dans les changements de modèles de fonctionnement.

Les dispositifs info-communicationnels prévus comme médiateurs symboliques de la rationalisation des organisations de santé

Nous fondons notre propos sur la théorie selon laquelle les stratégies de rationalisation et de modernisation s'appuient des dispositifs permettant la diffusion d'ensemble de représentations en accord avec les objectifs de la rationalisation (Bouillon, 2003 ; 2008). Dans la lignée de Foucault (1975), un dispositif englobe tous les éléments nécessaires à l'organisation d'une action, dans le but de faire agir ou être quelque chose ou quelqu'un selon un but donné. Cela suggère, à la fois, de penser en amont le projet d'action, de déployer les actions permettant de faire agir et de penser un encadrement spécifique permettant la maîtrise et le contrôle des actions en question. Le postulat sous-jacent de cette perspective est qu'un dispositif permet effectivement de faire agir ou être, qu'il a une influence effective sur l'environnement et sur la cible. Ce postulat est régulièrement remis en question dans les études SIC sur les dispositifs info-communicationnels (Quéré, 1982 ; Jouët, 1997 ; Floris, 1996 ; Jeanneret, 2005 ; Vacher, 2010 ; Appel, Heller et Mossou, 2010 ; Mayère, 2014 ; Lépine, 2018). En organisation, c'est notamment parce que les dispositifs sont systématiquement l'objet d'une appropriation relevant

de la subjectivation du travail et d'un processus de renormalisation aux conditions réelles de l'activité (Lépine, 2018) induisant une adaptation, du bricolage et/ou du contournement.

Il s'agit d'envisager ces dispositifs dans leur composante info-communicationnelle : objets, outils, encadrements, normes, tous sont porteurs de stratégies préalables (Jeanneret, 2005) et d'intentions normalisées, puis renormalisées (Lépine, 2018). Ce même mouvement d'encadrement et d'appropriation à travers le dispositif en fait un médiateur des processus de communication qui structurent l'organisation, notamment dans leur composante symbolique (Quéré, 1982 ; Floris, 1996). En SIC, l'approche critique des dispositifs info-communicationnels permet de mettre à distance le déterminisme technique en prenant également en compte le poids de l'intervention des acteurs à l'origine des stratégies médiées. À ce propos, Floris (1996) explique que ces dispositifs assurent « *la gestion symbolique des rapports de domination* » en organisation (Floris, 1996 : 146). D'après nos recherches, les enjeux relatifs à cette gestion symbolique ont traités aux rapports de forces en organisation (Floris, 1996), à la surveillance et au contrôle (Foucault, 1975 ; Appel, Heller et Mossou, 2010) et à la normalisation et la prescription (Vacher, 2010 ; Lépine, 2018). Corollairement à notre première hypothèse, nous nous interrogeons sur le rôle que tiennent les dispositifs dans cette transformation et sur leur influence au sein des processus de communication des centres hospitaliers. Les travaux de B. Floris (1996) et de V. Lépine (2012) mettent en évidence le lien entre positionnement stratégique, « *communication institutionnelle* », « *communication fonctionnelle* »⁶⁰ (Floris, 1996) et fragmentation (Lépine, 2012)⁶¹ de la dimension communicationnelle du travail. Nous nous intéressons en particulier au rôle des dispositifs dans la fragmentation de la communication des organisations. Nous avons, ainsi, formulé notre deuxième hypothèse :

Hypothèse n°2

Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmente sa dimension communicationnelle

⁶⁰ Selon B. Floris, il existe deux formes de communications privilégiées : une première régie par des codes et des intentions stratégiques liées à des impératifs rationalisés (la « *communication institutionnelle* »), l'autre comprenant toute forme de communication intersubjective encadrée par des dispositifs info-communicationnels (« *communication fonctionnelle* »).

⁶¹ Concept défini dans les paragraphes suivants.

Le déploiement et la multiplication des dispositifs info-communicationnels de nature technique ont pour objectif de faciliter et de médier les flux d'information et les rapports sociaux, en particulier dans une perspective de modernisation. En effet, cette dernière a pour but de simplifier les processus de communication et d'organisation, pour accélérer les transferts d'information, optimiser le temps que les acteurs accordent à ce transfert d'information et unifier la communication de l'organisation (Floris, 1996). Il s'agit, par exemple, de systèmes d'information, de logiciels de compilation et de partage de données (logiciels de traçage), d'ordinateurs et – plus spécifiquement, dans le cas des services de soin –, du dossier médical partagé et des logiciels de planning. Nous avons vu qu'un dispositif, au-delà de sa forme matérielle, fait référence à l'ensemble des éléments qui permet d'organiser une action à partir de la surveillance et du discours, dans le but de faire faire ou faire être quelque chose à un tiers (humain ou non) (Foucault, 1975). Dans ces conditions, nous nous intéressons également aux stratégies de communication et aux ensembles de représentations qui les sous-tendent et qui conditionnent les échanges dans les processus de communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007).

La visée spécifique de rationalisation des modèles de fonctionnements implique des processus d'optimisation axés sur la rentabilité. En d'autres termes de l'optimisation de la transmission et de la réception des informations, mais également des échanges eux-mêmes afin de répondre à l'exigence de rentabilité. Tout doit aller vite, à l'essentiel et laisser une trace conforme aux attentes réglementaires ou tacites. Dans cette perspective, la surveillance tient un rôle important dans le déploiement de l'optimisation : il s'agit de mesurer l'impact du changement, en transposant l'activité sous forme d'indicateurs et d'avoir prise sur les variations. Or, ce qui se présente comme une méthode de réduction des risques, d'unification de la communication et d'optimisation de l'activité induit un certain nombre de nomenclatures contraignantes qui encombrant, en fait, l'activité. Par exemple, dans le cas des infirmières, au niveau des situations, l'obligation de tracer chaque acte après l'avoir réalisé incite soit à se déplacer avec son ordinateur de chambre en chambre – quand c'est possible –, soit à faire des allers-retours constants, ce qui, dans les deux cas, représente une charge matérielle et physique supplémentaire alors que l'objectif initial est la simplification.

La multiplication des dispositifs de rationalisation pose la question de la fragmentation (Lépine, 2012) et de la normalisation (Floris, 1996) des tâches et de la dimension communicationnelle du travail en informations isolées. Le concept de fragmentation est à

entendre, ici, au sens de décomposition des tâches et des processus communicationnels en données isolées. Cette dynamique serait en lien avec les logiques de comptabilité et de rentabilité liées à la rationalisation, qui se fondent sur des flux et des traitements de données quantifiées (Ogien, 2009 ; Lépine, 2012). Nous faisons l'hypothèse que cette fragmentation intervient sur la dimension communicationnelle du travail à plusieurs niveaux.

Au niveau des politiques de communication : les logiques de rationalisation séparent « *communication institutionnelle* » et « *communication fonctionnelle* » (Floris, 1996) et cela crée des tensions. La première comprend les discours produits par l'organisation dont l'objectif est de solliciter l'engagement des salariés et d'unifier la communication de l'organisation sur le travail et les objectifs de l'organisation. Pour ce faire, les directions ont recours à des pratiques de gestion symbolique du social au moyen, notamment, de discours d'embellissement (Cabedoche, 2014), souvent discordants avec la réalité de l'activité. La seconde comprend toute forme de communication organisationnelle et intersubjective, encadrée par des dispositifs info-communicationnels. Or, la rationalisation équipée (Mayère, 2014) de l'organisation, adossée à la modernisation et à la rationalisation, fragmente et encadre strictement les tâches des salariés et entre en conflit avec les processus communicationnels nécessaires à l'organisation du travail. Floris (1996 : 226 - 227) écrit à ce sujet :

« Au lieu d'avoir une communication qui unifie des capacités d'échanges symboliques et sur le travail immédiat et sur le sens des objectifs de l'entreprise, on a une communication intersubjective enfermée dans les limites étroites du travail immédiat et une communication sociale ouverte sur les sens des objectifs de l'entreprise et sur la place des hommes dans celle-ci, mais qui échappe à l'intersubjectivité. [...] Ici, pas de délibération collective et de coopération sur le sens, c'est le management qui fixe le contenu de l'information relationnelle et la validité des critères de motivation et d'adhésion.

[...] Le problème vient de la séparation entre un rôle de communication fonctionnelle du travail et un rôle de communication institutionnelle de l'entreprise. L'une est obligée, quoique dans des cadres sévèrement

limités et contrôlés, de recourir à des formes réelles de communication intersubjective. L'autre la contourne pour recourir à une gestion symbolique du social par des technologies de manipulation des idées, dont les moyens, les compétences et les méthodes sont du côté des agents dominants de l'entreprise. »⁶²

B. Floris décrit ici la façon dont les politiques de communication peuvent entrer en conflit avec les processus de communication. La normalisation de la communication fonctionnelle par le management a, selon nous, deux conséquences. Premièrement, au niveau symbolique, elle invisibilise la possibilité que les processus de communication dépendent de la communication intersubjective. En effet, le fait que la direction, seule, décide du sens à accorder au travail et aux objectifs de l'activité coupe les salariés du sens intrinsèque qui émanerait des situations de travail. Dans le cas des soignants par exemple, les cadences de travail imposées à travers l'injonction à maintenir des durées moyennes de séjour basses peuvent les empêcher de faire l'expérience, au quotidien, du sens qu'ils mettent dans l'accueil et la prise en charge patients. Deuxièmement, cette normalisation induit une rationalisation des activités et de la dimension communicationnelle du soin, au moyen de dispositifs info-communicationnels. Cela peut créer des tensions au niveau des situations, de manière très pratique – *confer* l'exemple précédent sur le traçage de l'activité infirmière. Cela peut également créer des tensions concernant le sens à accorder à l'activité. V. Lépine montre, notamment, dans quelle mesure les logiques comptables peuvent fragmenter les activités de soin. Elle écrit à ce propos (Lépine, 2012 : 8) :

*« Plus insidieusement, la logique qui lie type de pathologie et coût, implique **un traitement de l'information qui dissocie les actes, les pathologies, du patient comme personne, alors que le dossier informatisé devrait, du point de vue du patient comme du corps médical, constituer une unité cohérente. [...] L'unité ontologique du patient s'efface derrière la norme de fragmentation comptable.** »*

⁶² C'est nous qui mettons en gras.

La chercheuse explique, ici, que les logiques de rentabilité se fondent sur la quantification de l'activité, soit sur la fragmentation de ses différentes composantes en unités que l'on peut tracer et surveiller selon des nomenclatures. Ces formats imposés nécessitent le tri et la hiérarchisation des informations, mais également l'encadrement de l'activité au moyen de dispositifs qui permettent la production de ces données. Ici, le dossier patient informatisé « *dissocie les actes [et] les pathologies* », et fragmente, également, les processus de communication interpersonnelle autour de la prise en charge. En effet, les informations, dites nécessaires, étant regroupées dans un dossier partagé, l'organisation estime qu'il est moins utile, à présent, de procéder à des échanges d'informations fondés sur la communication interpersonnelle, comme les échanges informels entre soignants ou les réunions de concertation. Dans ces conditions, les « *délibérations collectives et la coopération* » sur l'organisation et le sens de l'activité sont délégués à des outils informatiques. Cela peut avoir, selon nous, des conséquences impensées en termes de représentation, de sens et d'investissement affectif dans le travail.

Ces quelques exemples donnent un aperçu de ce que peut induire la rationalisation d'un modèle de fonctionnement en termes de fragmentation de la communication, au sein d'une organisation. Pour le développement de notre hypothèse, nous retenons qu'elle intervient à plusieurs niveaux : nous avons relevé une séparation entre communication « *institutionnelle* » et « *fonctionnelle* », une fragmentation contraignante des tâches en unités informationnelles codifiées et nous pressentons une dissociation plus profonde selon laquelle les dispositifs mettraient de la distance entre les soignants et entre les soignants et les patients. À ce titre, l'observation et l'analyse des discours des soignants sur ce que font les dispositifs informationnels sur l'activité de prise en charge et sur les processus communicationnels liés au soin, permettrait de mettre en évidence cette fragmentation induite par les dispositifs. Il nous appartient, dans la suite de ce manuscrit, d'étudier les fondements et les conséquences de celle-ci.

Enjeux de la médiation symbolique et tensions *in situ* pour les soignants

Enfin, il s'agit pour nous d'accorder une attention toute particulière aux situations de communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) en contexte de travail. Elles constituent

l'essentiel de notre terrain. Selon nous, c'est à ce niveau que se cristallise la majorité des tensions induites par la rationalisation de l'activité de soin. À travers l'observation de situations de travail, il s'agit de dégager les enjeux de la médiation symbolique, attribuée aux dispositifs adossés à la modernisation, et les tensions qu'ils induisent. Pour étudier les tensions en question, nous avons choisi d'envisager ces situations via les communications affectives des parties prenantes. Notre hypothèse principale avance l'idée que prêter attention aux manifestations affectives, en organisation, pourrait apporter des informations intéressantes sur les dysfonctionnements organisationnels.

Depuis plus de quinze ans, les manifestations politiques et grèves des services et personnels de soins sont très régulières. Le traitement médiatique de ces manifestations insiste, pour la grande majorité, sur la colère des soignants, multipliant les témoignages véhéments à la fois sur les réformes, l'organisation, les moyens alloués et leurs conditions de travail.

Dans ce contexte, l'exemple de la campagne de communication du Centre A sur « Le bouquet de[s] valeurs partagées » des soignants est intéressant (Annexe n°17)⁶³. Il s'agit d'une campagne de communication mise en place dans le cadre de la promotion des valeurs partagées par les professionnels et du projet d'établissement 2016-2020 du Centre A au sein duquel nous avons fait nos observations. Élément représentatif d'une politique de communication globale des centres hospitaliers sur la réaffirmation de leur mission, au travers de chartes d'établissements et de bonnes pratiques, la systématisation de l'utilisation de ce genre de supports répond à un besoin de réassurance des usagers et d'embellissement (Cabedoche, 2014) de situations d'accueil et de prise en charge. Or, ces dernières sont qualifiées, au niveau des situations (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007), comme maltraitantes par les professionnels eux-mêmes. À ce titre, l'observation des situations de communication et l'analyse du discours des soignants sur ce sujet permettraient, par comparaison et articulation avec une étude des politiques de communication, de mettre en évidence les motifs de tension. Cet exemple nous semble assez significatif de la tension qu'a pu décrire B. Floris (1996) entre production de

⁶³ Dans ce manuscrit, ce support de communication n'aura valeur que d'exemple. Pour traiter du niveau des politiques de communication, prévu par les ACO, nous avons fait le choix d'une analyse de discours à partir d'un corpus tiré du site internet de l'ARS. Pour autant, nous avons conscience de son potentiel et nous projetons de procéder à une analyse des supports de communication en accès libre des CH que nous avons pu observer en vue de la rédaction d'un article. Nous le détaillerons dans la deuxième partie de ce manuscrit, mais l'avantage de choisir des textes provenant de l'ARS plutôt que des supports de communication institutionnelle des CH nous permet d'articuler les différents niveaux de communication au sein de l'organisation et de mettre en évidence « *quelle est la décision source qui détermine l'évolution des formes organisationnelles aux différents niveaux d'échelle, et ainsi quel niveau détermine les autres et les contient* » (Le Moëne, 2021 : 204).

discours institutionnels dont l'objectif est de stimuler l'engagement des salariés dans le travail et les objectifs de l'organisation et réalité de l'activité. Cette dissonance pousse, visiblement, les soignants à se saisir d'un autre espace que les espaces et dispositifs de communication internes pour alerter sur leurs conditions de travail. Dans cet exemple, à partir de l'observation des tensions affectives en situation, notre objectif serait de déterminer : quelles sont et comment se manifestent les tensions sur le terrain ? Qu'est-ce qui, au niveau des politiques de communication, est suffisamment dissonant avec le niveau des situations pour créer des tensions affectives ? Et comment et pourquoi, l'articulation entre la dimension des politiques et celle des situations, échoue au niveau des processus ?

Autre marqueur justifiant la pertinence de s'intéresser aux communications affectives : la banalisation de la souffrance au travail (Dejours, 1995 ; Molinier, 2010 ; Lorient, 2015) chez les soignants (Grosjean et Lacoste, 1999 ; Lorient, 2001 ; Dejours, 1998). Depuis les années 1980, C. Dejours, en psycho-dynamique du travail, développe les effets délétères d'une organisation du travail déconnectée du sens que les acteurs attribuent à celui-ci, et décrit les effets de la « *souffrance au travail* » et notamment de la « *souffrance éthique* » (Dejours, 1998) des individus. Cette dernière désigne la souffrance ressentie lorsque l'opérateur se retrouve obligé de trahir ses valeurs ou forcé de travailler en dehors d'un cadre moral préétabli (Dejours, 1998). Dans la lignée de Dejours, nous estimons que les grèves, les manifestations et les nombreux syndromes d'épuisements professionnels relevés chez les personnels de soins sont des phénomènes de lutte éthique, contre un contexte et des conditions de travail qui ne permettent plus aux professionnels d'entretenir le sens qu'ils mettent dans le concept de soin.

Nous souhaitons attirer l'attention du lecteur sur le lien entre ces théories de psychodynamique du travail et les théories de communications affectives de notre discipline. Il convient de noter que dans les deux cas mentionnés, les phénomènes de lutte éthique s'expriment par les communications affectives (Martin-Juchat, 2008 ; 2014 ; Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018) – verbale et somatique – des acteurs. L'originalité de l'anthropologie par la communication affective est d'envisager les manifestations affectives, non pas comme une problématique intime et individuelle, mais comme la manifestation d'ensembles de valeurs et de représentations en réaction. Selon cette approche, étudier la communication permet d'accéder la compréhension d'une culture donnée et la façon dont les corps interagissent en société, notamment via les affects, donne à voir cette culture. Dans ces conditions, les manifestations affectives des soignants en situation de travail donneraient à voir quelque chose

de la culture soignante en réaction avec le contexte organisationnel dans lequel elle s'inscrit. Par extension, nous estimons plausible qu'étudier les communications affectives au niveau des situations de communication puisse faciliter l'identification de dysfonctionnements organisationnels transversaux, c'est-à-dire présents aux niveaux des politiques, des processus et des situations de communication.

Synthèse des acquis

Ce chapitre répondait à un triple objectif : définir les organisations publiques de santé, expliciter les transformations majeures auxquelles elles sont confrontées puis plus de trente ans et mettre en évidence les formes de rationalisation qui les traverse actuellement. Les organisations de santé publique se définissent comme des structures d'accueil publiques à vocation sanitaire et sociale. En tant qu'organisation, au sens des ACO, s'articulent au sein de celles-ci des collectifs professionnels dont les valeurs et les représentations sont, a priori, majoritairement fondées sur l'histoire du soin et du service public. La notion de soin est polysémique.

- Elle peut être entendue, dans une perspective technique comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour diagnostiquer, guérir ou viser l'absence de maladie ou d'infirmité chez un patient (Viard, 204 ; Noël-Hureaux, 2015).
- Dans une perspective relationnelle, comme dimensions de proximité, de singularité et d'engagement des parties prenantes dans la relation de soin (Molinier, Laugier et Paperman, 2009).
- Dans une perspective communicationnelle et organisationnelle :
 - au niveau symbolique, comme ensemble de valeurs et de représentations médiées par le corps des soignants ;
 - au niveau des processus comme réflexion générale sur le sens du métier de soignant et comme culture professionnelle ;
 - et au niveau des situations comme interaction réciproque entre le corps du soignant et le corps du soigné (Viard, 2014).

Cette dernière perspective nous a permis de mettre en évidence qu'aujourd'hui, « être soignant » se définit à partir de la relation de soin et des manifestations d'appartenance à un collectif professionnel qui se revendique d'une culture marquée par cette dimension relationnelle du soin. Dans le cadre des soignants exerçant dans les organisations de santé publique, elle est également marquée par les valeurs du service public. Il s'agit d'une doctrine d'administration, historiquement portée par l'État en France. Ses principes fondamentaux sont la continuité de service, l'égalité dans le traitement, le désintéressement des missions et

des agents, l'accueil et la prise en charge de tous les usagers, et une réflexivité constante sur les possibilités d'amélioration des processus de prise en charge (Chevallier, 2018).

Nous avons mis en évidence que, dans l'histoire du soin et du service public, l'offre de soin, les modalités d'accueil et les valeurs professionnelles des soignants évoluent au gré des avancées scientifiques, du perfectionnement des modèles de soin et des objectifs de santé publique nationaux, portés par l'État. Les organisations publiques de santé, et en particulier les centres hospitaliers ont fait face à de très nombreuses réformes et transformations depuis une trentaine d'années. Le principe d'amélioration continue des services publics et le contexte socio-économique des années 1975 à nos jours amènent, dès les années 1980, au déploiement d'un modèle de gestion global fondé sur la modernisation et la rentabilité. Le Nouveau Management Public (Hood, 1991 ; Gardère ; 2012) et les nombreuses réformes qui l'accompagnent font émerger des enjeux économiques et organisationnels importants pour les centres hospitaliers. Des enjeux liés à la dynamique de rationalisation induite par ce nouveau modèle de gestion en termes d'efficacité, de rentabilité, de contrôle, d'informatisation et de compétences professionnelles (Gardère, 2012 ; Ogien, 2009 ; Mayère, 2014).

Nous nous intéressons particulièrement aux conséquences de ces transformations sur les soignants. Les enjeux précédemment cités sont opérationnalisés sur le terrain par des ensembles de dispositifs (Foucault, 1975) info-communicationnels (Floris, 1996 ; Jeanneret, 2005) dont le but est d'accompagner les transformations organisationnelles pour mieux répondre aux objectifs de l'organisation. Ces changements d'organisation et la multiplication de ces dispositifs partent du principe sous-jacent, selon lequel, transformer un modèle de fonctionnement en accompagnant le changement, permettrait de maintenir à la fois l'activité, le sens qu'elle comporte et de réaliser les nouveaux objectifs. Or, dans le même temps, on a pu observer ces dernières années une recrudescence de grèves, de manifestations politiques et de déclarations parfois violentes à l'égard de ces nouvelles stratégies et pratiques de gestion. Nous redoutons la normalisation d'un phénomène crastique (Cabedoche, 2014), induit par modernisation et la gestionnarisation des centres hospitaliers. Cela signifie que nous craignons que les ensembles de valeurs et de représentations sous-jacents au NMP entrent en conflit avec les ensembles de valeurs et de représentations des soignants, et que la multiplication des dispositifs adossés au NMP standardise à la fois les pratiques et le sens du métier des soignants dans une perspective contraire à leurs valeurs. Cette dynamique est, selon nous, à

l'origine des protestations précédemment mentionnées. Or, la prise en compte des réactions des soignants à cette dynamique met en question l'efficacité de ces stratégies, notamment de la fonction de médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels. En effet, leur fonction de cadrage de l'activité passe également, par extension, pas la régulation des comportements et des réactions qui mettent en difficulté la réalisation des objectifs de modernisation et de rationalisation. Toutefois, les manifestations affectives de soignants à l'encontre de la gestion globale de leur activité révèlent, selon nous, les limites de la médiation symbolique possible opérée par les dispositifs adossés au NMP. Par là même, étudier ces manifestations affectives dans une perspective communicationnelle (Martin-Juchat, 2008a ; 2008b ; 2014 ; 2016 ; Dumas, 2016 ; 2018) permettrait de mettre en évidence les limites des stratégies de normalisation affective dans les organisations. Notre problématique se formalise ainsi :

À partir de l'observation des manifestations affectives, nous proposerons une **mise en problème** des limites de la médiation symbolique des dispositifs. En effet, dans la mesure où il y a résistance affective visible contre le fonctionnement général de l'organisation, ces manifestations affectives révèlent, selon nous, les limites possibles de la médiation symbolique conférée traditionnellement aux dispositifs info-communicationnels.

L'**hypothèse principale** attenante consiste à envisager ces manifestations affectives fortes comme indices des limites possibles de la médiation symbolique des dispositifs.

Cette hypothèse est subdivisée en deux sous hypothèses :

Hypothèse 1 : Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail.

Hypothèse 2 : Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmente sa dimension communicationnelle.

Synthèse Partie 1 : Enjeux des ACO et de l'approche anthropologique par la communication affective comme cadre théorique

Cette première partie avait pour objectif de présenter le cadre théorique de cette recherche. Pour ce faire, nous avons développé les différents courants à l'origine de notre réflexion, ainsi que les différents concepts attenants à chaque théorique. Pour mener à bien ce travail, nous avons fait le choix d'une double approche théorique : celle d'une Approche Communicationnelle des Organisations (ACO) (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) et d'une approche anthropologique par la communication affective (Martin-Juchat, 2008a, 2014, 2016 ; Dumas, Martin-Juchat, 2016). Dans cette conclusion, il s'agit de mettre en évidence les enjeux de cette combinaison théorique pour une recherche en SIC.

Premier enjeu, nous avons fait le choix d'une ACO, c'est-à-dire d'une appréhension des organisations à trois niveaux et d'analyser l'articulation de ces trois niveaux, à savoir : les politiques, les processus et les situations de communication. L'objectif principal d'une telle approche est de mettre en évidence les activités et les processus symboliques de construction de sens au sein des organisations. Dans cette perspective, il est question d'explorer les phénomènes info-communicationnels qui la composent, c'est-à-dire les conditions de possibilités de mises en relation au niveau individuel, interindividuel et sociétal au sein du phénomène d'organisation. Les ACO considèrent les organisations comme « *niveau intermédiaire de structuration sociale* » qui transmettent « *des discours, des représentations sociales, mettent en œuvre des dispositifs* » (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). Ceux-ci participent, entre autres, à la construction de nos représentations collectives (Moscovici, 1989) et de nos valeurs (Schwartz, 1999 ; Viard, 2014) – entendue comme processus de construction de sens – et permettent d'accéder aux dimensions symboliques qui traversent et construisent le faire ensemble. Pour mener à bien une ACO il convient donc d'identifier les trois niveaux de structuration de l'organisation étudiée, et d'identifier les marqueurs qui permettent d'analyser leur articulation.

Au niveau des politiques de communication, nous avons vu que le contexte idéologique dans lequel s'inscrit l'organisation influence les politiques et stratégies de communication, car

il conditionne les objectifs de celle-ci dans un contexte globalisé. Aujourd'hui, ce contexte est fortement imprégné par les ensembles de représentations attenants à l'expansion forte du capitalisme et de la modernité. Les objectifs corrélés à ce contexte tiennent pour la grande majorité à l'efficacité, la performance, la rationalisation et la rentabilité (Quéré, 1982 ; Boltanski et Chiapello, 1999 ; Gramaccia, 2011 ; Martin-Juchat et Staii, 2016). Ces stratégies s'appuient, au niveau des processus, sur des dispositifs info-communicationnels dont la fonction est d'opérationnaliser la réalisation de ces objectifs (Foucault, 1975 ; Jeanneret, 2005). Dans ces conditions, on leur confère une fonction de médiation de la transformation des organisations. Cette fonction de médiation, bien qu'impensée par les organisations, agit également au niveau symbolique (Quéré, 1982 ; Davallon, 2003 ; Gramaccia, 2011). Cela signifie que la dynamique de rationalisation des organisations influe également sur la conformation des représentations et du corps des acteurs aux objectifs de l'organisation (Martin-Juchat, 2008 ; 2014). Cette dynamique de normalisation présente des enjeux importants, au niveau des situations de communication, en termes de prescription, de contrôle et de domination.

Notre travail consiste, dans une perspective critique, à questionner l'influence de ces dispositifs sur les situations de communication et sur les conséquences qu'elles engendrent au niveau des politiques, des processus et des situations de communication. Pour ce faire, nous avons choisi de porter une attention particulière aux situations de communication. Celles-ci sont constituées d'interactions verbales et non verbales fondées sur des processus de subjectivation des individus avec leur environnement de travail. Ces processus sont, notamment, affectifs (Dumas, 2016). Pourtant, nous avons vu que la place des affects au travail aujourd'hui est ambivalente. Les organisations reconnaissent volontiers leur potentiel de persuasion lorsqu'il s'agit de promouvoir leurs objectifs en interne ou en externe (Martin-Juchat, 2014 ; Dumas, 2016), cependant, les manifestations affectives, prises pour elles-mêmes, en situation de travail restent encore très peu reconnues (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018). En particulier lorsqu'elles mettent en question les objectifs de l'organisation : elles sont, alors, enfermées dans leur conception comme objet intime et individuel et les salariés sont sommés de les laisser à la porte de l'organisation.

Le deuxième enjeu de notre cadre théorique apparaît comme étant la définition des affects comme objet d'étude communicationnelle légitime et marqueur pertinent d'identification de dysfonctionnements organisationnels. La spécificité d'une approche

anthropologique par la communication affective (Martin-Juchat, 2008a ; 2008b ; 2014 ; 2016 ; Dumas, 2016 ; 2018) consiste à prendre le contre-pied d'une définition comme objet intime et individuel. Selon cette approche, les affects sont, en fait, les manifestations d'ensembles de valeurs et de représentation en réaction à une situation (Martin-Juchat, 2008a ; 2008b). À ce titre, ils sont à la fois « *processus communicationnels de performance sociale* » (Martin-Juchat et Dumas, 2016) et dispositifs de médiation sociale. Cela signifie que, d'une part, que les manifestations affectives sont construites socialement et, par leur expression, rendent compte de cette culture (Rastier, Bouquet, 2002 cités par Martin-Juchat, 2008b). Et d'autre part, que l'expression des affects est une action socialement normée et que dans ces conditions étudier la façon dont s'expriment et se manifestent les affects en interaction donne des informations sur les normes sociales qui conditionnent la communication interpersonnelle. Ainsi, envisager les affects comme objets communicationnels permettrait d'accéder à la façon dont nous donnons à voir notre appartenance à une culture – dans le cas qui nous intéresse, professionnelle.

Pour lors, les manifestations affectives des soignants en situation de travail donneront à voir quelque chose de la culture soignante en réaction avec le contexte organisationnel dans lequel elle s'inscrit. L'originalité d'une telle approche, couplée avec une ACO, consiste à envisager que l'étude des communications affectives puisse faciliter l'identification de dysfonctionnements organisationnels transversaux. En effet, les affects manifestent à la fois l'expression d'ensemble de valeurs, de représentations et la revendication de notre appartenance à une certaine culture. Dans ces conditions, ils interviennent au niveau des situations de communication (réaction à la situation), des processus (revendication d'une culture professionnelle) et des politiques (expression d'ensemble de valeurs et de représentations). Lorsqu'ils sont manifestés en contradiction avec la norme, il convient, selon nous, d'interroger les limites de cette norme. C'est dans cette perspective que nous interrogeons les limites de la fonction de médiation symbolique des dispositifs adossés au NMP dans le contexte de travail des soignants (cf. « Synthèse des acquis » p.162).

Pour finir, le troisième enjeu de cette combinaison théorique consiste à appréhender la nécessité d'envisager les ACO comme « *cadre intégrateur* » à la fois théorique et méthodologique (Bouillon, 2003). Le cadre des ACO permet d'appréhender, de conceptualiser les dimensions communicationnelles présentes au sein des organisations et de les mettre en relation pour interpréter les transformations auxquelles elles font face. J.-L. Bouillon (2003 : 12-13) écrit à ce sujet :

« Elle consiste à appréhender un objet d'étude organisationnel – un changement dans l'organisation du travail, une technologie – en l'observant de manière systématique à partir des activités de production de sens par les différents acteurs en situation de travail, des logiques techniques et économiques dans lesquelles ils s'insèrent ; et enfin des discours et légitimations qui les accompagnent à différents niveaux. [...] Il semble néanmoins qu'elle puisse contribuer à la mise en évidence des médiations sociales reliant le singulier et le général, l'individuel et l'interindividuel, l'organisationnel et le social. Parallèlement, ce cadre intégrateur peut jouer un second rôle de médiation, cette fois-ci en termes scientifiques, en permettant de penser ensemble des catégories conceptuelles différentes, voire incompatibles parce qu'elles décrivent la réalité à partir de points de vue ou de paradigmes différents. »⁶⁴

Le troisième enjeu de ce choix de cadre théorique est de penser les ACO à la fois comme cadre théorique et méthodologique. Cela soulève des questions importantes : comment appréhender l'organisation à trois niveaux ? Nous avons fait le choix d'appréhender les centres hospitaliers à partir de l'**observation** des manifestations affectives des soignants, **en situation** de travail. Pour procéder à une ACO, ce n'est pas suffisant. Les enjeux méthodologiques qui en découlent sont nombreux. Le premier étant de croiser les techniques d'enquête afin d'accéder aux trois niveaux de structuration communicationnelle. Dans ces conditions, quelles méthodes choisir ? Comment appréhender les affects en situation ? Quel cadre conceptuel et méthodologique adopter ? Le lecteur trouvera les réponses à ces questions dans la deuxième partie de ce manuscrit. Celle-ci est dédiée à l'explicitation de notre méthodologie et de notre terrain.

⁶⁴ C'est nous qui mettons en gras.

PARTIE 2 :
MÉTHODOLOGIE D'UNE APPROCHE
COMMUNICATIONNELLE DES DISPOSITIFS
ADOSSÉS AU NMP, PAR LES
COMMUNICATIONS AFFECTIVES DES
SOIGNANTS

PARTIE 2 : MÉTHODOLOGIE D'UNE APPROCHE COMMUNICATIONNELLE DES DISPOSITIFS ADOSSÉS AU NMP, PAR LES COMMUNICATIONS AFFECTIVES DES SOIGNANTS

Introduction de la deuxième partie

Dans cette deuxième partie, nous souhaitons mettre en avant l'élaboration d'une méthodologie compatible avec l'étude des manifestations affectives des soignants au prisme des dispositifs info-communicationnels adossés au NMP. Cela induit un certain nombre d'éléments : nous nous intéressons à la façon dont s'expriment ces manifestations affectives, à l'ensemble des normes affectives, formalisées ou non, émanant de l'organisation qui conditionne la communication au sein de l'organisation, l'ensemble des contraintes professionnelles caractéristiques des objectifs d'un processus de rationalisation de l'activité, leurs conséquences sur les soignants et les processus d'appropriation de ces contraintes et de renormalisation de l'activité par ceux-ci.

Notre perspective se veut à la fois constructiviste (Bourdieu, 1987 ; Galinon-Méléneq, 2007) et compréhensive (Weber, 1922 | 1992 ; 1922 | 1995). Cela signifie que nous envisageons la réalité comme construit social à partir des actions et des interactions que nous partageons avec d'autres individus (Bourdieu, 1987 ; Galinon-Méléneq, 2007). Ces interactions conditionnent les représentations de ce que nous appelons subjectivement la réalité. Ces interactions sont de nature communicationnelle, cela postule, en filigrane, une conception de la communication comme processus d'interaction, destiné à influencer des comportements (Bouillon, 2009) et à l'origine de la construction de nos représentations. Dans ces conditions, adopter une approche constructiviste permet de saisir la construction de faits sociaux à partir des interactions sociales qui la composent et d'en dégager les représentations individuelles et collectives, qui donnent du sens à une réalité subjective ou partagée. Pour ce faire, nos méthodes et notre analyse sont mises en place nécessairement dans une perspective compréhensive – au sens wébérien du terme (Weber, 1922 | 1992 ; 1922 | 1995). C'est-à-dire que nous nous

appliquons à saisir les individus et les situations du point de vue des actions et des relations, afin d'expliquer les phénomènes sociaux selon la compréhension et l'interprétation que nous en avons. Cette démarche qualitative, axée sur l'appréhension des représentations et du contexte social, comme constructions conjointes et interdépendantes, nécessite un effort réflexif pour faire la lumière sur des biais d'interprétations éventuels conditionnés par notre propre processus, individuel, de construction de sens.

Nous avons vu, dans la première partie, que le cadre épistémologique de cette recherche s'appuie à la fois sur les ACO (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) et sur l'anthropologie par la communication affective (Martin-Juchat, 2008a) pour étudier les manifestations affectives des soignants en regard des dispositifs qui soutiennent le déploiement du NMP dans les centres hospitaliers. Il s'agit, à présent, de déterminer la compatibilité des deux approches à travers un modèle méthodologique permettant d'affirmer ou d'infirmier nos hypothèses. Dans ces conditions, nous nous sommes appuyée sur la perspective originale d'A. Dumas (2016), qui dans ses travaux propose, précisément, de combiner une approche par les communications affectives à une ACO (Bouillon, 2008 ; 2009 ; Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007 ; Vacher, 2009). Elle analyse, notamment, la sémiotisation des affects en organisation *via* des dispositifs de prévention et de santé au travail. Le premier chapitre de cette partie consiste à présenter le détail de cette combinaison. Il s'agit notamment d'investir la dimension méthodologique des ACO, de présenter les apports d'une telle combinaison et d'en dégager les enjeux pratiques et épistémologiques, tels que la façon d'appréhender plusieurs ensembles de représentations au sein d'une même organisation (Viard, 2014), penser l'exigence de réflexivité (Bourdieu, 1987 ; 1994 ; 1997 ; 2001), l'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche (Foli, 2018) et les conséquences d'envisager le terrain comme une expérience à vivre et à sentir (Glaser et Strauss, 1967 ; Müller, Pasqualino, Schneider 2017) pour le chercheur.

Le deuxième chapitre consiste en la présentation détaillée de notre terrain de recherche et des méthodes utilisées. Notre enquête de terrain se fonde sur une méthode principale de type immersive par l'observation non participante. Ces observations ont été menées dans trois services de soins, et deux centres hospitaliers différents, pour faire émerger les phénomènes de communication liés à notre problématique. Il s'est agi, durant près de 200h d'observation, d'observer et de recueillir :

- les manifestations affectives dans le cadre de l'activité des personnels de soins observés,
- les signes et les discours sur ce qui est perçu, par les acteurs, comme contrainte relevant du NMP,

- la façon dont les acteurs communiquent entre eux,
- les situations de créativité et de bricolage⁶⁵,
- le décalage entre perceptions du métier, ce qui est réellement fait au quotidien et les implications affectives.

En outre, afin de limiter au maximum les biais d'interprétation et/ou une vision unilatérale des conditions de travail des agents hospitaliers, nous avons complété nos observations par une dizaine d'entretiens semi-directifs auprès de cadres supérieurs de santé, médecins chefs de service, personnels technico-administratifs, de la direction des soins et de la présidence de la Commission Médicale d'établissement. Nous avons fait ce choix selon le principe de la triangulation des sources (Denzin, 1978). Nous détaillerons également dans ce chapitre les enjeux méthodologiques relatifs au croisement des méthodes d'exploration et d'exploitation de données.

Enfin, dans un esprit de transparence du processus de recherche, nous avons choisi de dédier le troisième chapitre de cette partie à ce que nous appelons l'ingénierie de la recherche. L'approche communicationnelle des affects en organisation restant un sujet relativement peu traité dans notre discipline, il nous est apparu important de détailler l'évolution du processus de recherche *in situ*. Ainsi, de l'intérêt d'une phase exploratoire, aux procédés d'analyse, en passant par la formalisation, l'organisation du terrain et des outils de recueil de données, ce chapitre permettra d'apporter des détails sur les apports du terrain comme expérience pour les chercheurs en SIC (Glaser et Strauss, 1967 ; Müller, Pasqualino, Schneider 2017) et plus

⁶⁵ Dans l'article intitulé « Quelle place à la créativité au sein des équipes de soin? », T. Ménéssier, F. Martin-Juchat et V. Lépine (2017 : 2), retiennent la définition suivante : « Selon la psychologie, « Le processus créatif se définit comme une séquence d'événements, de pensées, d'actions amenant un individu de la page blanche à la production » (Lubart 2012). La créativité désigne génériquement les ressources qui président à la naissance de connaissances nouvelles grâce à l'apport des facultés souvent marginalisées dans le développement des connaissances scientifiques, telles que l'imagination, la sensibilité et les émotions. Elle favorise la mise en œuvre d'un processus original de genèse de la solution jugée juste ou bonne, l'abduction, commun à l'enquête policière et à la création artistique (Eco & Sebeok 2015). »

Cette notion de créativité peut être rapprochée et articulée à celles de « bricolage » et de « braconnage » développée par M. De Certeau (1980 | 1990). Celle-ci se définit comme l'utilisation créative de ressources données. Une situation se compose d'un contexte, d'un environnement et d'éléments qui le compose. En fonction de la situation, ceux-ci sont potentiellement sujets au contournement, au détournement, au « braconnage » (De Certeau, 1980 | 1990), c'est-à-dire à l'appropriation qu'un individu peut se faire des ressources en présence pour répondre à une situation. Pour que les conditions du bricolage soient réunies il faut que l'acteur soit dépendant d'un certain cadre et qu'il saisisse une occasion de le contourner ou de le détourner en faisant preuve de créativité. Ce processus amène à la recomposition de la situation en fonction des objectifs de l'acteur. En ce sens, il mobilise sa créativité pour bricoler, il braconne la situation. Ce point sera illustré en lien avec les situations observées dans la Partie 3, Chapitre 2 de ce manuscrit.

largement pour appréhender les affects en organisation et souligner leur importance dans les processus d'organisation.

CHAPITRE 1 : Approche communicationnelle des organisations et anthropologie par les communications affectives, quelle méthodologie ?

Ce premier chapitre a vocation à présenter le cadre conceptuel qui soutient nos choix méthodologiques et les principes de combinaison entre les ACO et l'anthropologie par la communication affective. Si celle-ci n'est pas encore courante, nous disposons tout de même de ressources en SIC en la matière : les travaux F. Martin-Juchat (2008a ; 2008b ; 2014 ; 2016), d'A. Dumas (2016) et du collectif POLISOMA (2018) – dont nous détaillerons les apports dans la formalisation de cette recherche-ci dans le troisième chapitre – sont de très bons exemples et ont été des modèles pour ce travail-ci. Nous nous sommes appuyée sur leurs protocoles méthodologiques mis en place pour explorer les affects, afin de créer le nôtre. La qualité et la clarté de la perspective d'A. Dumas (2016) sur le sujet a grandement facilité la création de notre protocole d'exploration. Elle développe, dans ses travaux (Dumas, 2016 ; Martin-Juchat et Dumas, 2016) l'idée de combiner une approche par les communications affectives et ACO pour analyser la sémiotisation des affects en organisation *via* des dispositifs de prévention et de santé au travail. Dans notre première section, nous souhaitons présenter le détail de cette combinaison sur laquelle nous nous sommes appuyée. Il s'agit notamment de revenir aux ACO comme « cadre intégrateur » d'une recherche en SIC (Bouillon, 2004). Nous avons présenté l'aspect épistémologique des ACO comme cadre conceptuel dans la première partie de ce manuscrit. Il s'agit ici de rallier la dimension méthodologique que comprennent les ACO et d'en exprimer le potentiel. En effet, l'originalité des ACO réside dans l'appréhension pluridimensionnelle (situations, processus, politiques) de la communication en organisation. Il s'agit notamment d'étudier l'articulation des trois dimensions. Ainsi, en nous appuyant sur le cadre conceptuel des ACO nous avons défini une méthodologie qui nous permettrait de recueillir, de comparer et de faire dialoguer les résultats issus des différents niveaux entre eux à partir des communications affectives des soignants. L'enjeu de la première section de ce chapitre est donc de présenter le principe et l'originalité d'une approche communicationnelle des communications affectives en organisation. Dans une deuxième section, nous développerons des enjeux à la fois pratiques et épistémologiques questionnant la façon d'appréhender le terrain de recherche comme une expérience (Glaser et Strauss, 1967 ; Müller, Pasqualino, Schneider 2017) pour le chercheur et les enjeux l'implication affective du chercheur dans son terrain de

recherche (Foli, 2018), témoignant de notre positionnement vis-à-vis des conceptions traditionnelles d'expérience en sciences sociales.

Section 1 : Approche communicationnelle des affects en organisation

S'interroger sur le choix d'une méthodologie appelle à s'interroger sur le volet opérationnel du cadre théorique mis en place jusqu'ici. Les ACO ont été formalisées de sorte à pouvoir être utilisées comme « *cadre intégrateur* » à la fois théorique et méthodologique. Si dans la première partie de ce manuscrit nous avons exploré la dimension théorique, il nous appartient de développer de quelle façon nous pouvons appréhender les trois dimensions communicationnelles (situations, processus, politiques) de notre terrain à partir des communications affectives des soignants.

Le projet consiste à observer les manifestations affectives de soignants en situation de travail, pour déterminer, dans quelles mesures, elles témoignent des limites des dispositifs informationnels qui accompagnent le déploiement de modèles de gestion orientés vers la modernisation du service public. La question est de déterminer comment observer les manifestations affectives des soignants dans leur rapport aux dimensions communicationnelles qui traversent l'organisation. La réponse à cette question ne va pas de soi, car elle touche à la complexité, à la partialité et aux limites de notre appréhension et de notre compréhension des affects d'autrui.

Quelle anthropologie pour les communications affectives ?

Notre posture méthodologique dépend de la façon dont nous appréhendons théoriquement les affects et du rôle qu'on leur attribue dans les interactions sociales. Nous avons vu précédemment que dans le cadre des communications affectives (Martin-Juchat, 2008a ; 2008b ; 2014 ; 2016), les émotions peuvent être appréhendées comme des objets de recherche communicationnelle et donc être observées en termes de performance communicationnelle dans un contexte social (Martin-Juchat, 2008a). Cela nous permet de les appréhender comme processus communicationnel à travers des pratiques et des discours du social qui font appel à des constructions de sens individuelles et collectives. Dans cette perspective, leur étude s'inscrit dans une démarche anthropologique. Cela signifie qu'elle consiste à étudier les êtres humains et des groupes humains (Kilani, 1992) et à procéder à des

« analyse[s] intensive[s] et synthétique[s] de la "vie ordinaire" », présentant, par « "pure description" de situations », les caractéristiques fondamentales de notre espèce et représentant « ce qu'est une société, en tant qu'entité en soi » (Kilani, 1987 : 50). Ainsi, les anthropologues s'attachent à mettre, traditionnellement, en évidence « l'environnement physique, le système de subsistance, la parenté, le système politique, la religion et les formes symboliques » du groupe observé.

L'anthropologie par les communications affectives s'appuie sur les travaux en anthropologie de la communication (Winkin, 2001 ; 2016) et en anthropologie du corps (Le Breton, 1990 ; Jousse, 1974 ; 1975 ; 1978) pour démontrer dans quelles mesures le corps peut être envisagé comme un objet communicationnel socialement normé et les conséquences de ces normes.

Les travaux d'Y. Winkin (2001 ; 2016) sur l'anthropologie de la communication consistent à détailler les conditions de possibilités d'une nouvelle approche anthropologique des phénomènes communicationnels qui interviennent en société. Il s'appuie, notamment, sur le principe selon lequel l'anthropologue doit prendre en compte les définitions « locales » de la communication (Hymes, 1967 ; Winkin, 2016). La communication ne se limite pas à transmettre et échanger des messages entre deux personnes, ou *via* les médias. Elle comprend tout un ensemble d'éléments, d'événements et de manifestations, signifiants dans le contexte dans lequel ils s'inscrivent. Par exemple, en France, lever la main avec les doigts écartés peut signifier « Bonjour » ou servir à attirer l'attention de quelqu'un. En Grèce, le geste fait référence à la *moutza*, et signifie que l'on se prépare à maudire la personne avec laquelle on interagit et sa famille, sur cinq générations. Y. Winkin écrit à ce sujet (2016 : 97) :

« Selon D. Hymes, si [des faits] relèvent de la communication, alors il faut insérer dans l'« économie communicative » d'une société tous les acteurs auxquels ses membres attribuent des intentions de communication (les dieux, les morts, les animaux, etc.) ainsi que tous les moyens dont ces êtres disposent (éclairs, pierres, aboiements, etc.) pour parler aux hommes ou se parler entre eux.

[...] Bien sûr, le répertoire des comportements et des objets à valeur communicative varie d'une société à l'autre. C'est à l'anthropologue de

reconstituer peu à peu le « territoire » de la communication dans la communauté qu'il étudie. »

À ce titre, l'anthropologue doit prendre en compte le contexte dans lequel intervient la communication qu'il étudie, car la communication est une forme de « *performance de la culture* » (Winkin, 2016). Y. Winkin théorise la communication comme un « *concept intégrateur* » regroupant « *l'ensemble des actes qui, au jour le jour, mettent en œuvre les "structures" qui fondent une société, c'est-à-dire sa culture. L'ensemble des actualisations de la culture dans les mille et un gestes de la vie quotidienne constitue la "communication".* » (Winkin, 2016 : 99). Par ailleurs, il convient de noter, que la communication, selon Y. Winkin, ne se limite pas non plus à aux échanges d'informations livrées intentionnellement. Dans ces conditions, l'absence d'interaction, dans un contexte où elle est attendue, est aussi signifiante que l'interaction attendue (Birdwhistell, 1962 ; 1969 ; Winkin, 2016). À partir de ces principes, il détermine que (Winkin, 2016 : 100) :

« La communication est un phénomène social [...] intégré à une matrice beaucoup plus vaste [que la situation d'interaction], comparable dans son extension à la culture. C'est cette matrice qui reçoit le nom de communication sociale. Elle constitue l'ensemble des codes et des règles qui rendent possibles et maintiennent dans la régularité et la prévisibilité les interactions et les relations entre les membres d'une même culture. L'individu est vu comme un acteur social, comme un participant à une unité qui le subsume ; »

Le projet méthodologique de l'anthropologie de la communication consiste donc à observer les situations de communication sur le terrain, décrire celles-ci selon une démarche ethnographique et les interpréter à la lumière du contexte dans lequel elles s'inscrivent. De fait, cela permet à l'anthropologue de mettre en évidence les « codes » et les « règles » mentionnés ci-dessus, mais également les normes sociales sous-jacentes et, par extensions, les points d'achoppements en lien avec ces normes, manifestés à travers ces situations.

Dans le cadre de l'anthropologie par la communication affective, il s'agit de focaliser son attention sur les manifestations affectives des individus observés et d'interpréter les situations de communications affectives, à la lumière des normes affectives qui structurent le groupe. Cette perspective s'appuie notamment sur une conception du corps comme étant au centre des interactions sociales et sur les enjeux du corps avec le contexte idéologique dans lequel il évolue et dans lequel il se donne à voir. À ce titre, l'anthropologie par la communication affective s'appuie sur des travaux en anthropologie du corps (Jousse, 1974 ; 1975 ; 1978 ; Le Breton, 1990).

Dans son ouvrage, *Anthropologie du corps et modernité* (1990), D. Le Breton établit que le corps humain est intelligible à partir de normes et de valeurs sociales et culturelles. Pour ce faire, il s'appuie sur une définition du corps comme construction sociale, appréhendé comme « *matière de symbole, objet de représentations et d'imaginaires* ». Il explique, dans cette perspective, que nos attitudes, nos réactions et que la façon dont nous utilisons nos corps en situation traduisent une appartenance culturelle qui ne fait sens qu'à travers le regard d'autrui (Le Breton, 1990 : 34). D. Le Breton étudie l'histoire des représentations modernes du corps. Il met en évidence les transformations qu'apporte la modernité sur la perception et l'utilisation du corps en société. Il présente plusieurs étapes différentes de conceptualisation du corps afférentes aux évolutions apportées par la modernité, par exemple : le corps anatomisé, le corps optimisé, le corps contrôlé par la médecine, le corps obsolète, le corps augmenté, etc. Au cours de ces transformations, Le Breton souligne une évolution de la perception et de l'utilisation du corps comme support social de signification. Il révèle que c'est parce que les transformations techniques et sociétales apportées par la modernité transforment les attentes sociales en termes de corporéité. Notre légitimité à faire partie intégrante de la vie sociale passe, dès lors, par le regard des autres. Cela signifie que notre corps doit être jugé acceptable – dans le sens de conforme à la norme – par les autres individus qui constituent notre groupe social. Ces attentes ne font sens qu'à travers le regard d'autrui et enjoignent les individus à opérer un travail de normalisation de leur propre corps. Les avancées dans le domaine médical, par exemple, introduisent de nouvelles normes en termes de santé. Il en résulte la nécessité de travailler sur son corps pour donner à voir notre pleine santé. L'injonction de donner à voir notre conformité avec la norme se développe. Cela explique, notamment, la multiplication des pratiques de mise en scène de soi (Illouz, 2006 ; Martin-Juchat, 2014). Celles-ci procèdent d' « *une esthétisation de la vie sociale* » (Le Breton : 193) pour correspondre aux nouvelles normes de la modernité.

Dans cette perspective, le corps joue un rôle primordial dans le « *mouvement universel d'interactions et d'inter-attractions* » du vivant (Martin-Juchat, 2002 : 2) que M. Jousse définit comme « *cosmos interactionnel* » où « *il n'y a que des actions interagissant sur d'autres actions et cela indéfiniment* » (Jousse, 1955 : 47). F. Martin-Juchat (2002) explique à propos des travaux de Jousse que « *La sémiotisation, l'intellection et la pensée naissent du corps, réceptacle des interactions du réel. Par le geste, l'anthropos prend conscience de ces processus d'interaction et les rejoue à sa manière.* ». Avec son *Anthropologie du geste* (Jousse 1974 ; 1975 ; 1978), M. Jousse propose une approche anthropologique de la communication non-verbale. L'objectif est alors de sensibiliser les anthropologues à observer ce qui, dans le potentiel d'interaction des corps, échappe au modèle des codes de communication, impliquant « [...] *les manifestations corporelles (visibles et non visibles), ainsi que leurs rôles dans certains processus communicationnels (comme la contagion émotionnelle) [...]* », précise F. Martin-Juchat (2002 : 6).

Appréhender les manifestations affectives sur le terrain : combiner ACO et anthropologie par la communication affective

Corollairement à ce que nous venons d'expliquer, notre inscription en anthropologie par la communication affective nous permet, dans la lignée d'A. Dumas (2016 : 210), de considérer les émotions « *en tant qu'objets de médiation au sein des collectifs et de médiatisation de stratégies de communication organisationnelle* » dans des « *dimensions communicationnelles* ». Il s'agit de repérer les manifestations affectives et de les interpréter à la lumière du contexte dans lequel elles s'inscrivent. À ce titre, nous devons dépasser un certain nombre d'enjeux méthodologique : comment repérer et interpréter ces manifestations affectives ? Quelles méthodes choisir ? Comment sécuriser l'interprétation des données et éviter les biais ?

A. Dumas écrit à ce sujet (Dumas, 2016 : 210):

« Se faisant "règle des sentiments" (Hoschild, 2003) au sein d'un environnement social donné, les émotions se situent donc au sein de systèmes d'échanges et de négociations, où se joue la production symbolique du sens, participant de la coordination de l'action. En d'autres termes, elles ne s'imposent pas à l'individu de manière verticale

et descendante, mais se construisent au coeur des relations et des interactions situées. De ce fait l'adoption de certaines normes affectives, déterminant les attendus, permissions et interdictions en la matière (Durkheim, 1912 ; Mauss, 1921 ; Halbwachs, 1947), par voie de normalisation et d'institutionnalisation, constitue des codifications d'ordre émotionnel, issues de l'environnement social et se faisant « langage social » (Mauss, 1921 : 8) partagé, inscrit au coeur de logiques interactionnelles, ce dont le chercheur peut rendre compte. »

Les affects sont donc visibles dans leur dimension sociale et communicationnelle. Cela signifie, par ailleurs, qu'appréhender ceux-ci dans comme objets communicationnels permet au chercheur de dégager la nature et les enjeux de cette normalisation des codes émotionnels de l'organisation. Il convient cependant de noter que, pour Dumas (2016 : 210), dans ce contexte, l'analyse des émotions par le chercheur se fait « *en extériorité* » – en référence aux travaux de Laflamme (1995), c'est-à-dire à travers les signes⁶⁶ extérieurs de celle-ci. Si la perspective disciplinaire est différente, il convient de noter que le terme de « *signe* », présent dans cette section, est à entendre dans le même sens que ce que nous appelons manifestations (Husserl, 1964 ; 1985) affectives. A. Dumas explique qu'il est, finalement, peu important, pour le chercheur en SIC, de saisir l'émotion en elle-même, dans la mesure où les enjeux communicationnels de son expression consciente ou non, sous forme de signes, dépassent les enjeux de sa génération spontanée. De plus, dans la mesure où les manifestations affectives ne sont pas systématiquement assimilables aux vécus affectifs, cela permet d'éviter de les confondre et de projeter des interprétations sur le vécu affectif des personnes observées. Ce processus d'appréhension des affects relève, selon Dumas, de la perspective des travaux de R. Micheli sur « *l'émotion sémiotisée* » (Micheli, 2010). Ce dernier adopte volontairement ce prisme plutôt large sur les émotions dans le sens de « *rendre quelque chose manifeste au moyen de signes* » (Micheli, 2014 : 18) afin de ne contraindre aucune dimension communicationnelle dans son appréhension. Cela signifie qu'en se concentrant sur les signes des émotions plutôt que sur les émotions elles-mêmes on peut s'interroger sur le destinataire de ses signes et sur les

⁶⁶ A. Dumas (2016 : 213) précise que le terme est à entendre dans une acception large telle que le propose B. Galinon-Méléneq lorsqu'elle écrit « [...] tout est signe (le corps comme toute matière extérieure au corps, c'est-à-dire l'homme est son environnement humain et non-humain) et tous les signes sont le résultat d'interactions. » (Galinon-Méléneq, 2012 : 19 - 20).

enjeux de cette sémiotisation pour la situation. Concernant ces enjeux, Dumas (2016 : 212), en référence aux travaux de N. d'Almeida (2007) souligne, par exemple, la tendance des individus à s'inscrire dans des logiques communicationnelles impliquant une narration ou une mise en scène de soi, faisant appel à des enjeux forts de visibilité et de reconnaissance.

Cette dernière remarque nous a fortement interpellée dans un contexte où la visibilité et la reconnaissance des personnels de soin ne semblent pas aller de soi. Cela nous a indiqué également de garder à l'esprit que les manifestations affectives dont nous avons été témoin lors de notre enquête peuvent s'inscrire dans une stratégie – consciente ou non – de mise en visibilité des problématiques des soignants par notre simple présence en tant que chercheuse. Les travaux de Micheli (2013) font état de trois modes de sémiotisation de l'émotion repérables par le chercheur : l'émotion **dite**, soit exprimée explicitement pour elle-même ; l'émotion **montrée**, « inférée au travers d'indices à la fois de l'ordre du verbal et du non-verbal » écrit A. Dumas (2016 : 211) et l'émotion **étayée**, inférée par une représentation que le locuteur se fait de la situation et qui conditionne l'expression de l'émotion à partir de codes d'expression en vigueur, culturellement normés.

Ce parti-pris sur les émotions permet de les rendre repérables et permet ainsi, au chercheur en SIC, de résoudre les problématiques liées à l'appréhension et à la connaissance partielle des émotions d'autrui tout en se focalisant sur leur dimension communicationnelle et sociale. De ce point de vue, les travaux d'A. Dumas sur les approches communicationnelles des émotions en organisations constitue un apport théorique et méthodologique important dans le champ de la communication des organisations. Nous l'avons vu précédemment, le projet de Bouillon dans la conceptualisation et dans la formalisation des ACO consiste à penser l'articulation des différents niveaux de communication présents au sein d'une organisation : les situations, les processus et les politiques de communication (Bouillon, 2003 ; 2008 ; 2015). Cette composition tripartite a servi de base à la constitution d'une démarche méthodologique permettant de saisir les enjeux des affects des soignants en regard des dispositifs du NMP selon ces trois niveaux. Elle consiste plus précisément :

- à explorer les situations de communication au niveau micro,
- à analyser les processus de communication à travers l'appréhension des dispositifs info-communicationnels appuyant le déploiement du NMP au sein du centre hospitalier ;
- à appréhender les discours portés par les politiques de communication, notamment institutionnelle, sur la question de la modernisation des organisations de santé.

Pour chaque niveau, il s'agit de mettre en évidence les signes émotionnels des personnels observés et interrogés, de confronter ces signes avec chacune des démarches par niveau ci-dessus pour les mettre en perspective afin de proposer une interprétation compréhensive de l'organisation et de rendre compte des tensions en présence. Saisir l'ensemble des dimensions communicationnelles présentes au sein de l'organisation, demande nécessairement de croiser les techniques d'enquêtes. C'est également une précaution méthodologique nécessaire compte tenu de la complexité d'appréhension des affects. Pour ce faire, nous avons choisi de procéder à l'observation de situations de travail, de mener des entretiens (libres et semi-directifs) et d'analyser les discours institutionnels sur la question du soin. Chaque niveau fait ainsi l'objet de choix méthodologiques propres, que nous détaillerons lors de l'exposition de notre protocole de recherche dans le chapitre suivant. Pour l'heure, nous souhaitons présenter, dans la prochaine section, les enjeux relatifs à une approche communicationnelle des affects des personnels de soin en centre hospitalier.

Section 2 : Enjeux de la méthodologie et posture du chercheur

Nous l'avons signalé en introduction de ce chapitre, faire des choix en termes de méthodologie implique de questionner l'opérationnalisation de la recherche. Pour aller plus loin, nous souhaitons ajouter que de façon plus générale, faire des choix épistémologiques et méthodologiques témoigne de la posture du chercheur face à l'exercice de recherche. Pour notre part, nous envisageons l'exercice de recherche comme une démarche d'expérience dont le processus et les enjeux gagnent à être énoncés clairement, car la variété des postures au sein d'une même discipline alimente les débats scientifiques et les avancées conceptuelles potentielles. Dans cette perspective, nous souhaitons développer les enjeux sous-jacents à nos choix méthodologiques. Deux aspects de notre conception de l'exercice de recherche nous sont apparus pertinents à développer. Lorsque nous nous sommes projetée dans l'opérationnalisation de nos hypothèses s'est posée une première question : comment appréhender un terrain de recherche ? Il s'agit d'interroger notre conception de ce qu'est, pour nous, un terrain de recherche : à savoir un espace d'expérience accidenté (Glaser et Strauss, 1967 ; Müller, Pasqualino, Schneider 2017), influencé par la posture du chercheur *in situ*. Ensuite, nous interrogerons notre place au sein du terrain dans une perspective réflexive, à travers un raisonnement sur l'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche (Foli, 2018).

Le terrain comme espace d'expérience

À partir des premiers chapitres de ce manuscrit se dessine une démarche méthodologique articulée autour du rapport à autrui, et ce à la fois parce qu'il s'agit d'étudier des situations d'interaction entre personnels soignants, mais également parce qu'il s'est agi de prendre en compte notre propre relation au terrain et aux personnes qui composent ce terrain. Une perspective empirique du terrain s'est imposée naturellement. Nous entendons le terme « empirique » dans la lignée de G. Derèze qui écrit (Derèze, 2009 : 13) :

« Pour le dire simplement, l'approche empirique est la tentative de compréhension d'une part du monde social (et communicationnel) par la mise en œuvre de démarches concrètes, vivantes et au contact direct des personnes et des lieux qui sont concernés par la recherche. »

Nous le verrons en détail dans le chapitre suivant, mais notons d'ores et déjà que cette conception du terrain de recherche induit une nécessaire implication du chercheur. Dans notre cas, notre rencontre avec le terrain s'est formalisée par des séjours d'observations dans certains services et des entretiens, donnant une dimension résolument ethnographique à notre démarche méthodologique. L'anecdote suivante permet d'éclairer en quelques phrases notre intention avec ce travail de recherche. Pour mettre l'emphasis sur le récit, nous ferons ici, rapidement, usage de la première personne du singulier, comme lorsque nous inclurons des extraits de notre journal de terrain lors de la présentation de nos résultats en troisième partie.

« Suite à une réunion d'organisation avec une cadre de santé, une fois les salutations d'usages effectuées, je me prépare à partir. Une infirmière, vraisemblablement pas très rassurée par ma présence, profite que je sois seule et m'invective à moitié en riant : "Alors on est quoi pour toi ? Des rats de laboratoire ?". Passablement désarçonnée par sa remarque, je réponds spontanément par la négative : "Non non, l'idée c'est de vous donner une voix, pas de faire de vous des sujets d'expérience". »

A posteriori, nous voyons trois choses à noter de notre réponse. Premièrement, notre posture n'était pas neutre a priori : le fait de souhaiter d'emblée "donner une voix" induit que nous partions du principe qu'ils n'en avaient pas et un positionnement préconstruit sur la situation dont il a fallu tenir compte pour l'interprétation des situations et des résultats. Deuxièmement, nous avons pris conscience ce jour-là des effets potentiels que notre simple présence aurait sur l'environnement que nous projetions d'observer ; quelque part, notre « terrain » avait déjà commencé. Troisièmement, nous considérons que l'intégralité du terrain est une expérience empirique – au sens de processus de production de connaissance au moyen des sens et/ou de l'expérimentation. En effet, tout d'abord, notre travail a une visée anthropologique (Jousse, 1974 ; 1975 ; 1978 ; Le Breton, 1990 ; Winkin, 2001 ; 2016 ; Martin-Juchat, 2008a ; Dumas, 2016). Ensuite, notre méthode principale consiste à appréhender les affects des soignants. L'observation en immersion est une expérience en soi (Müller, Pasqualino, Schneider, 2017). De plus, les affects ne peuvent être perçus qu'à travers nos sensations, nos interprétations, et explicités par le discours d'autrui, mais pas toujours selon les situations. Aussi, nous envisageons le terrain comme un espace d'expérience pour le chercheur : expérience du quotidien des soignants, de l'exercice de recherche ethnographique et de la recherche en action au sein du quotidien des soignants.

Cette entrée triple dans le quotidien des soignants nous a donné accès à un matériau extrêmement riche et également extrêmement dense ne permettant pas l'application d'une grille d'observation figée *in situ*. Ce matériau a exigé de notre part une certaine souplesse dans le recueil des données et a nécessité de passer d'une approche déductive à une approche ancrée (Glaser et Strauss, 1967). La Théorisation Ancrée (Glaser et Strauss, 1967) est un processus de production de connaissances fondé sur l'élaboration de théories à partir de données empiriques, en faisant abstraction du cadre théorique⁶⁷. Cela signifie que le chercheur va procéder à une observation, décrire la situation aussi précisément que possible, repérer un fait marquant, et établir une théorie pour expliquer ce fait à partir des éléments dont il dispose dans la situation. Le principe fondamental de cette méthodologie consiste à : mener des observations, les consigner et les décrire le plus précisément possible, coder les données et revenir sur le codage au gré des interactions avec le terrain et des nouveaux éléments qui en émergent (Strauss et

⁶⁷ Il convient de noter que s'abstraire totalement de son cadre théorique n'est pas possible. Chaque chercheur appréhende son terrain avec les connaissances qu'il a acquises antérieurement et sa propre sensibilité. Dans ces conditions, il convient, pour le chercheur, de procéder à une démarche réflexive (Bourdieu, 2001) qui prend en compte l'implication du chercheur dans son terrain de recherche (Foli, 2018).

Corbin, 1998). Ensuite, il est à la charge du chercheur d'identifier les redondances et les relations présentes dans les données et de dégager les phénomènes saillants permettant d'élaborer la structure de sa théorie. Celle-ci pourra être « formelle » (entière et solide pour elle-même, dont les concepts peuvent être utilisés tels quels), « substantive » (dont les concepts sont encore à travailler) ou « confirmatoire » (qui confirme une théorie préexistante) (Glaser et Strauss, 1967).

En d'autres termes, la méthodologie de ce travail a été formalisée en plusieurs étapes. La première a consisté à choisir un cadre théorique intégrateur nous permettant d'appréhender les communications affectives des soignants au regard de notre problématique : les ACO et l'anthropologie par la communication affective. Grâce à ce cadre théorique nous avons formalisé nos hypothèses de travail et un protocole méthodologique fondé sur des observations, des entretiens et une analyse de corpus. Notre méthode principale étant les observations, nous avons créé une grille d'observation à partir de nos hypothèses de travail. Cependant, les observations étant une méthode empirique de type ethnographique, la richesse du terrain nous a poussée à élargir notre perspective et à suspendre provisoirement nos hypothèses, de sorte à laisser émerger des résultats potentiellement non anticipés (Théorisation Ancrée). Il s'est donc agi lors des phases d'observation d'accueillir et consigner l'ensemble des faits et de procéder à des itérations entre analyse et terrain. La dernière étape a consisté en une consolidation de l'interprétation des résultats en reprenant et en enrichissant les hypothèses de départ à la lumière des boucles itératives de théorisation. Nous détaillerons ce processus dans le troisième chapitre de cette partie (p.216).

Par ailleurs, pour prendre en compte l'entièreté de cette richesse de nos données de terrain, nous avons mobilisé une conception originale de l'anthropologie portée par B. Müller, C. Pasqualino, et A. Schneider, dans un ouvrage intitulé *Le terrain comme mise en scène* (2017). Il s'agit d'un ouvrage collectif porté par des anthropologues et des artistes qui mettent en perspective les conceptions traditionnelles de la démarche ethnographique avec les enjeux actuels de la recherche. Ils remettent en question notamment la posture détachée du chercheur vis-à-vis de son terrain de recherche et envisagent le travail de terrain comme processus (Müller, Pasqualino, Schneider, 2017 : 6) :

« Plutôt que de séparer observateur et sujets observés, terrain et travail au bureau, l'anthropologie proposée ici assume une part de bricolage,

laissant apparaître les processus de fabrication, avec leur intensité émotionnelle, les doutes théoriques et les errances [...] les auteurs admettent que la construction de l'objet de connaissance repose autant sur une vision personnelle que sur le partage d'expériences, assumant parfois leur conception d'un terrain comme utopie collective ou comme partage d'affinités poétiques. »

Et plus loin (Müller, Pasqualino, Schneider, 2017 : 8) :

« L'anthropologue doit admettre qu'il ne maîtrise plus la totalité des tenants et des aboutissants et accepter qu'une partie du sens lui échappe. Le pari est en même temps que de nouvelles formes d'échange et de nouveaux modes de restitution ouvrent l'horizon de la connaissance. »

La perspective anthropologique du terrain de recherche comme processus induit, donc, d'accepter que le terrain, ethnographique, est une expérience à vivre et à ressentir. Cela induit également d'accepter les accidents, les rugosités, les malentendus et les perturbations comme faisant partie intégrante du processus. C'est à ce titre que nous souhaitons dans cette partie être la plus transparente possible sur ce processus. Au même titre que Müller, Pasqualino et Schneider (2017), nous faisons le pari d'une ouverture à de nouveaux types d'échanges *in situ* et de nouveaux modes de restitution qui permettent de renouveler des approches ou d'en créer de nouvelles – ce dont nous n'avons pas la prétention, mais dont il nous semble important de souligner le potentiel.

Nous l'avons noté à plusieurs reprises, cette perspective questionne d'emblée la place du chercheur dans son terrain de recherche et vis-à-vis de celui-ci. Nous le disions également plus haut, la spécificité du prisme de l'affectivité ne permet pas de départir le chercheur de son terrain, bien au contraire, selon nous il réclame une grande implication notamment affective.

L'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche : transparence des signes-traces, richesse et approche réflexive

Traiter scientifiquement la question des affects et de l'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche, procède d'une posture subjectiviste de la recherche. Une posture objectiviste favorise une prise en compte très limitée des interprétations connotées par la subjectivité du chercheur et des études qui ne s'aventurent pas trop dans l'exploration de la subjectivité d'autrui. Cela s'explique, notamment, par la difficulté pratique de saisir cette subjectivité qui ne permet ni objectivation, ni quantification, ni montée en généralité. La posture subjectiviste consiste à prendre en compte le chercheur dans la construction de l'objet de recherche (Santiago-Delefosse, 2006). Les méthodologies de type ethnographiques induisent une phase d'immersion durant laquelle le chercheur engage nécessairement son corps en tant qu'observateur participant ou non. La piste de réflexion nous a été inspirée par le sujet de recherche lui-même : lors d'un projet de recherche connexe (Martin-Juchat, Ménissier, Lépine, 2018), nous avons abordé de la pertinence de la prise en compte des émotions dans la prise de décision au travail chez les cadres de santé (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018) et par extension la question du « *travail émotionnel* » (Hochschild, 2003) imposé à ceux-ci.

À l'instar d'O. Foli (2018) nous entendons ici le concept de travail émotionnel d'A. Hochschild dans une acception élargie de « *rapport subjectif au travail s'imposant aux salariés en organisation, du fait d'attentes de rôles et des normes communicationnelles et comportementales dominantes* » (Foli, 2018). Cette perspective permet de s'intéresser aux enjeux politiques des phénomènes de rationalisation dans les organisations (Martin-Juchat, 2014) et à leurs conséquences en termes de bien-être au travail. Aussi, si l'idée est d'observer les manifestations affectives des soignants en situation de travail, il nous est apparu logique, dans une perspective de réflexivité, de prêter attention à nos propres réactions affectives pour ne teinter ni les situations sur le terrain ni l'interprétation des résultats. Cependant, il nous semble, *a posteriori*, que prendre en compte le corps et les émotions du chercheur vis-à-vis de son terrain de recherche, représente une ressource scientifique importante. C'est le cas, en particulier, lorsque l'on parle d'ethnographie : observateur, participant ou non, dans les deux cas, le corps du chercheur, et la façon dont celui-ci va jouer de cette posture, aura, nécessairement, des conséquences sur l'environnement étudié (Santiago-Delfosse, 2006). Cela demande des précautions méthodologiques à plusieurs niveaux, telles qu'une posture réflexive (Bourdieu, 2001), le croisement des techniques d'enquêtes et une posture empathique.

Cette posture a fait l'objet d'une construction. Elle s'est formalisée empiriquement comme un processus. À l'origine, fidèle *a priori* à la posture traditionnelle du chercheur, nous n'avions pas prévu de nous impliquer affectivement dans notre terrain de recherche de façon consciente. Toutefois, le choix du sujet et la perspective critique choisie donnaient, pourtant, déjà des indices sur notre positionnement affectif sur le sujet. La façon dont se sont déroulées les observations par la suite a montré, à notre corps défendant (au sens propre comme au figuré), une implication affective nécessaire et de toute façon inévitable. À ce sujet, l'article d'O. Foli (2018) est particulièrement riche et éclairant : alors en thèse CIFRE, elle bénéficiait du statut « *dedans-dehors* » de l'observateur participant et donc de la richesse de l'immersion pour développer la question du « *travail émotionnel* » en tant qu'employée de la structure et en tant que chercheuse en organisation. Elle écrit (Foli, 2018) :

« L'objectif de cet article est d'illustrer dans quelle mesure l'expérience émotionnelle de la chercheuse a inspiré une recherche concernant un objet émotionnel et a imposé une réflexion sur les situations d'enquête et la communication dans la pratique de la recherche. Le travail émotionnel de la doctorante et la conduite du projet de recherche sont étroitement liés, car il n'y a pas d'accès à un « réel » qui soit indépendant des situations de communication dans lesquelles le chercheur est impliqué ; et ces situations renvoient elles-mêmes à des rapports sociaux, des pratiques culturelles, des systèmes de normes et de contradictions (Le Marec). C'est notamment le cas en organisation, quand bien d'autres intérêts de connaissance que ceux du chercheur interviennent dans le recours à la recherche (Le Marec). Je soutiens à ce titre l'idée que, dans l'enquête menée en organisation, l'analyse du travail émotionnel du chercheur ne peut pas être reléguée à la périphérie de la manière de procéder, mais fait partie intégrante de l'enquête. »⁶⁸

Ainsi, même en tant qu'observateur, O. Foli note que le chercheur fait malgré tout partie intégrante de la situation qu'il observe. C'est également le cas d'A. Dumas (2016) qui, pour son approche communicationnelle des émotions, a choisi et défendu une approche immersive

⁶⁸ C'est nous qui mettons en gras.

au plus près du terrain avec un dispositif de recherche-action long (plus d'un an) pour « *se situer au plus près des expériences affectives de ses membres dans différents contextes* » (Dumas, Martin-Juchat, 2018). Comme le soulignent les deux chercheuses, le chercheur doit adopter une posture empathique nécessaire au déroulement du terrain. Pour étayer ce positionnement, Dumas et Martin-Juchat (2016) citent notamment les travaux de J.-C. Kauffman (1996), G. Gallenga (2008) et M.-L. Brunel et J. Cosnier (2012). Selon ces derniers, faire preuve d'empathie nécessite un triple mouvement : il s'agit de percevoir et de comprendre les émotions d'autrui, ceci sans confondre nos émotions avec celles de l'autre, tout en gardant une distance avec nos propres émotions (Brunel et Cosnier, 2012). L'entreprise est difficile à mettre en place *in situ* et à maintenir strictement (Martin-Juchat, 2014), induisant la possibilité pour le chercheur de basculer à tout moment dans la fusion émotionnelle, qui consiste à s'identifier aux émotions ressenties par autrui par contagion émotionnelle (Martin-Juchat, 2008 ; Dumas et Martin-Juchat, 2016). Cependant, l'implication affective du chercheur via une posture empathique s'impose comme « *précaution méthodologique* », *a fortiori* dans un contexte de recherche sur les manifestations affectives, comme « *condition nécessaire pour faciliter l'expression des individus confrontés aux difficultés de dire les émotions [...], ou encore face au caractère jugé intime de ces questions selon une logique de séparation de la sphère professionnelle et privée* » (Dumas et Martin-Juchat, 2016).

Il convient de noter que les approches ethnographiques de G. Gallenga (2008), A. Dumas (2016) et Foli (2018) ont la particularité de privilégier des méthodes immersives participantes. Elles ont l'avantage de faciliter la négociation de la place du chercheur et son intégration à l'environnement de recherche (Foli, 2018), faisant de lui un « *étranger proche* » (Gallenga, 2008) qui engage des relations avec leurs interlocuteurs résolument affectives : on peut citer les tensions, voire les débordements affectifs, dont a été victime O. Foli lors de son entretien de recadrage ou encore les tensions qui ont amené au licenciement de G. Gallenga lors de son travail ethnographique en banque (Gallenga, 2008). L'intérêt de la posture empathique est bien là : créer du lien avec les interlocuteurs de façon à ce qu'ils se sentent suffisamment à l'aise pour changer de point de vue sur leur façon de concevoir leur environnement et de le confier à cet étranger-proche qu'est le chercheur.

En l'occurrence, n'étant pas soignante ni consultante, notre terrain n'a pas bénéficié des avantages de l'immersion *participante*. Est-ce à dire pour autant que, dans ce contexte, l'observation des manifestations affectives *via* une posture empathique perd de sa force et de son intérêt ? Nous avons quelques enjeux à dépasser : créer du lien malgré des durées

d'immersions relativement courtes (entre dix et quinze jours par service), l'intégration en tant qu'observatrice extérieure et éviter le glissement vers la fusion émotionnelle et la fatigue émotionnelle, due à la réception des récits et des situations connotés affectivement, parfois très intenses (Dumas et Martin-Juchat, 2016). Ces enjeux constituent certaines limites à soulever d'emblée : la difficulté de maintenir la posture purement empathique, la difficulté de porter un triple regard constant sur le moment présent en plus de la prise de notes et la difficulté de prendre en compte son propre corps et ses limites.

Pour autant, il convient de noter que, dans une perspective réflexive, ces difficultés font parties intégrantes de notre matériau de recherche. Les délais courts d'immersion ont été compensés par une écoute compréhensive, empathique et une implication physique accrue (notre communication non verbale s'est faite plus marquée d'elle-même). La tenue d'un journal d'observation *in situ* nous a permis de consigner :

- les observations factuelles,
- nos interprétations,
- nos demandes de vérifications croisées
- nos variations physiques et affectives.

Dans le même temps, cette attention portée à notre propre corps nous a permis de rester vigilante aux signes de glissement et d'épuisement. Comme le souligne très bien A. Dumas (2016), lorsqu'il s'agit d'observation, il faut avoir à l'esprit que la posture du chercheur comme tiers observateur est systématiquement à prendre en compte comme élément de la situation. En effet, à moins d'être sciemment caché, le corps du chercheur, participant ou non, ne disparaît jamais des situations d'interactions accessibles *in situ*. Nous ajoutons que la posture de l'observateur non-participant induit une dynamique différente de celle du chercheur intégré comme membre de la structure. O. Foli (2018) fait notamment mention du « *parcours d'intégration* » du salarié comprenant « la familiarisation avec les règles de gestion du personnel (horaires de travail, règles de déplacement, congés, etc.), les divers avantages offerts (offre de sports et loisirs gérés par le comité d'entreprise, droit au logement, etc.). [...] [Soit] l' "offre identitaire" de l'organisation (Dubar). » Notre « *parcours d'intégration* » s'est fait en amont des observations. Avant les observations effectives, nous avons rencontré les cadres de santé des deux premiers services à plusieurs reprises : une première fois lors d'un projet de recherche sur la notion d' « *agir affectif* » en situation de travail où le travail d'acclimatation affectif au fait de se livrer sur ses affects avait été facilité par l'échange en groupe, favorisant le partage d'expérience et les manifestations affectives liées à l'activité (Martin-Juchat, Lépine,

Aznar, 2018). Puis, lors de plusieurs rendez-vous d'organisation au sein des services, nous avons échangé plus finement sur le contexte de leur service et bénéficié de présentation auprès des équipes⁶⁹. Nous n'étions donc plus tout à fait une inconnue au sein des services. Pour le troisième service, nous avons bénéficié de la confiance totale de la cadre en son chef de service et de la grande complicité et confiance qu'elle entretenait à son tour avec ses équipes. Par ailleurs, suite à plusieurs présentations, les plus transparentes et empathiques possibles, de notre travail aux personnes directement concernées par les observations, nous avons bénéficié du phénomène d'« *empathie inversée* » décrit par G. Gallenga (2008). Elle explique le phénomène ainsi (Gallenga, 2008 : 6-7) :

« Il m'est apparu, d'une manière générale, qu'il s'agissait toujours de la même orientation de la relation, à savoir de l'ethnologue vers l'informateur, même lorsqu'il s'agissait d'analyser les répercussions de l'enquête ethnographique sur le propre terrain de ce dernier. Or, l'occupation d'un poste de travail et plus généralement l'observation participante me semble-t-il, provoquent chez l'informateur un malaise, un désordre voire une double contrainte du fait de la présence de l'ethnologue qui devient alors un étranger proche. Dans l'entreprise, ce processus s'avère plus immédiat et sa visibilité en est accrue : l'informateur se trouve simultanément confronté à un collègue de travail et à un chercheur. C'est la réponse à cette situation paradoxale qui constitue ce que je qualifie d'empathie inversée. Ce n'est bien évidemment pas l'empathie qui est inversée, mais le sens habituel de lecture de la relation qui, lui, est inversé. [...] Cette empathie inversée par le malaise qu'elle provoque chez l'informateur oblige celui-ci à soumettre l'ethnologue à des tests et défis, afin de le catégoriser et de le décatégoriser de la première catégorisation où intuitivement l'informateur l'avait placé. C'est par ce jeu de

⁶⁹ Il convient de noter que notre intégration a été facilitée par deux interlocuteurs en particulier. Dans le cadre des premières observations, un enseignant formateur en Institut de Formation des Cadres de Santé, partie prenante d'un projet de recherche sur lequel nous travaillions également, nous a permis d'entrer en contact avec les cadres de santé qui ont participé à cette étude-ci. Concernant les secondes observations, c'est un chef de service qui nous a contactée afin d'envisager des modalités de collaboration en lien avec notre sujet. Un très grand merci à tous les deux pour votre confiance et pour la richesse de nos échanges.

catégorisation/décategorisation qu'il nous informe de la manière dont il ordonne son monde. »⁷⁰

Le lecteur pourrait nous objecter que la conceptualisation de G. Gallenga est conditionnée par la participation du chercheur à l'environnement. Il convient de noter que, si notre relation au terrain n'était pas contractualisée, nous n'étions pourtant pas la première observatrice venant sur le terrain pour réaliser une enquête ayant trait à la qualité de vie au travail (QVT) – nouvel indicateur de certification des centres hospitaliers. Par extension, nous avons été identifiée spontanément comme consultante externe, intégrée au service et au quotidien par le projet que nous portions, facilitant « tests », « défis », « catégorisation » et « décategorisation » (Gallenga, 2008) permettant de créer une situation d'empathie réciproque. Par exemple, après avoir présenté notre travail à nos interlocuteurs, la question qui revenait le plus souvent était « *Tu viens de la part de la direction ?* ». Notre réponse par la négative détendait rapidement l'atmosphère et s'en suivait des phrases comme celle de H. (secrétaire médicale) : « *Non parce que des enquêtes QVT on en a eu hein ! Et ça sert à rien, alors c'est bon.* » Notre réponse à la question déterminait d'emblée la teneur de notre future discussion et nous donnait des informations sur le contexte de rapport de force qu'il existait entre la direction et les personnels de terrain sur laquelle nous reviendrons dans le chapitre suivant. À partir de là, nous avons souvent eu des questions sur notre travail, sur la façon dont s'était passée l'organisation, la mise en œuvre, nos rapports avec la direction (encore) et des témoignages d'« *empathie inversée* » qui ont permis, malgré le contexte d'immersion relative, de poser les bases d'une relation empathique réciproque et consentie facilitant les observations. Nous pouvons citer par exemple la remarque de D. (aide-soignante) qui vers 15h se demandait : « *Mais quand est-ce que tu manges ? Ca va aller ? Nous on a l'habitude, mais toi ?* »

Par ailleurs, au-delà des enjeux *in situ*, la prise en compte de l'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche et plus largement de l'intérêt porté aux manifestations affectives *in situ*, nécessite de souligner d'autres enjeux ayant trait au travail d'analyse. Nous avons souligné précédemment notre conception de l'interprétation et l'importance que nous accordons à une interprétation compréhensive et réflexive des situations et des échanges. Cela induit notamment un recul nécessaire sur ces éléments et le repérage de faisceaux d'indices permettant de reconstruire de manière réflexive le parcours et le point de vue de la personne

⁷⁰ C'est nous qui mettons en gras.

concernée (que ce soit nous ou la personne observée). Ces faisceaux d'indices sont mis au jour grâce à une lecture attentive des *verbatim*, à la recherche d'indices sur le parcours et les représentations de l'acteur, notamment via la manifestation d'opinions et leur expression affective ou non. Concernant le chercheur, cela demande un recul particulier sur son propre vécu affectif, a minima de savoir repérer quand et comment se manifeste une émotion chez soi, d'identifier laquelle et de déterminer *a posteriori* pourquoi elle s'est manifestée : c'est-à-dire qu'est-ce qui dans nos ensembles de valeurs a été touché pour générer telle réaction ? Le corps joue, ici, un rôle déterminant. Dans notre cas, ayant une propension avérée à la somatisation des émotions, le repérage de telle ou telle tension physique en lien avec une émotion s'est imposé de lui-même, ne restait plus qu'à le consigner systématiquement dans le journal d'observation et à l'analyser *a posteriori*. Toujours dans une perspective réflexive, une partie du travail d'analyse consiste également à repérer ce qui, dans le parcours de la personne interviewée ou observée a permis la construction de telle ou telle représentation, à partir de telle valeur et comment elle se manifeste in situ. Ce travail est également à réaliser pour le chercheur dans la mesure où nos interprétations spontanées sont en lien direct avec nos représentations. Un travail en amont sur les valeurs qui conditionnent notre vécu affectif, nos représentations des centres hospitaliers, du service public, de la gestion publique, nos expériences en tant que patiente et notre engagement social personnel ont été pris en compte dans l'analyse de nos réactions affectives, dans la formalisation de nos interactions et dans la formulation de nos questions (cf Préambule de ce manuscrit).

Synthèse des acquis

Ce chapitre avait vocation à présenter le cadre théorique de notre méthodologie, les grands principes de la combinaison entre ACO et anthropologie par la communication affective ainsi que les enjeux *a priori*, attenants à la réalisation du terrain et à l'analyse des données.

Il convient de rappeler que notre projet consiste à observer les manifestations affectives de soignants en situation de travail pour approcher les limites des dispositifs info-communicationnels adossés aux modèles de gestion orientés vers la modernisation du service public. Ainsi, à partir du travail des travaux en anthropologie de la communication (Winkin,

2001 ; 2016), du corps (Jousse, 1974 ; 1975 ; 1978 ; Le Breton, 1990), de la communication affective (Martin-Juchat, 2008a ; Dumas, 2016) et de la combinaison épistémologique d'A. Dumas (2016 ; 2018), nous avons tenté de déterminer comment observer les manifestations affectives des soignants dans leur rapport aux dimensions communicationnelles qui traversent les centres hospitaliers. Selon A. Dumas, c'est parce que les émotions peuvent être envisagées comme « *objets de médiations* » et de « *médiatisation de stratégies de communication* » qu'il est possible de les appréhender sur le terrain. Cela signifie qu'ils se rendent visibles dans une perspective interactionnelle dans leur dimension sociale et communicationnelle. À ce titre, le chercheur est en position de mettre à jour les enjeux de normalisation et de codification affective des organisations au sein desquels ces affects s'expriment. Pour ce faire, il s'agit de s'appuyer sur la façon dont les soignants « *sémioisent* » (manifestent de façon significative pour autrui) les émotions, en référence au travail de Micheli (2013), à travers le repérage des émotions « *dites* », « *montrées* » et « *étayées* » (Dumas, 2016 : 211). Il convient de rappeler que la perspective des ACO s'appréhende à travers les situations de communication, les processus info-communicationnels et les politiques de communication. Une entrée à trois volets qui, dans notre cas, consiste plus précisément à explorer les situations de communication, à analyser les processus de communication à travers l'appréhension des dispositifs info-communicationnels adossés au NMP et à appréhender les grandes lignes des politiques de communication, notamment institutionnelle, sur la question du soin. L'objectif est de proposer une interprétation compréhensive de l'organisation et de rendre compte des tensions existantes, grâce à l'appréhension des manifestations affectives, selon ces trois niveaux de communication.

La deuxième section a été pour nous l'occasion de développer les enjeux de cette méthodologie, à la fois en termes épistémologiques et pratiques. À partir de notre conception du terrain comme expérience ancrée de l'exercice de recherche (Glaser et Strauss, 1967 ; Müller, Pasqualino, Schneider 2017) influencé par la posture du chercheur, nous avons souligné l'importance et les enjeux de l'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche (Foli, 2018), dans la formalisation d'un terrain et dans la conduite des enquêtes. Il s'agit d'une extension du principe de réflexivité de Bourdieu (2001), qui s'impose, selon nous, comme précaution méthodologique dans l'appréhension compréhensive des manifestations affectives d'autrui *in situ*. En l'occurrence, il s'agit bien sûr de prêter attention à nos propres manifestations affectives, pour ne teinter ni les situations sur le terrain ni l'interprétation des résultats, mais également de penser cette implication affective comme ressource communicationnelle sur le terrain au service de la méthodologie. En d'autres termes, nous

défendons l'idée que la posture empathique du chercheur, bien que difficile à mettre en place et à maintenir sur le terrain (Martin-Juchat, 2014 ; Dumas et Martin-Juchat, 2016), permet la création de situations d'empathie réciproque, notamment par des témoignages d' « *empathie inversée* » (Gallenga, 2008), qui ont permis de poser les bases d'une relation empathique réciproque et consentie facilitant les observations. Il nous a, toutefois, fallu rester vigilante au maintien de la posture empathique, à la difficulté de porter à la fois notre attention sur la situation, les réactions d'autrui et nos propres réactions, ainsi qu'à nos limites physiques. Il s'est agi, également, de travailler finement notre perception pour repérer les faisceaux d'indices physiques et communicationnels permettant de reconstruire les représentations de nos interlocuteurs, ainsi que pour adopter un recul particulier sur notre propre vécu affectif. Cela induit de ressentir, repérer, consigner puis analyser les manifestations affectives en lien avec les représentations et les valeurs qu'elles manifestent, en gardant à l'esprit que le parcours de la personne interrogée ou observée influence son discours et ses représentations. Il convient donc, autant que possible, de le prendre en compte également – idem en ce qui nous concerne bien évidemment. Dans ce contexte, la perspective de la Théorie Ancrée (Glaser et Strauss, 1967) permet de sécuriser le recueil et l'interprétation des données. En effet, le travail d'analyse a posteriori et les différentes itérations nécessaires à l'interprétation permettent de prendre de la distance et de consolider l'interprétation des données. Une précaution supplémentaire consiste à multiplier les sources de données et de procéder au croisement des techniques d'enquêtes pour favoriser la validité des données (Denzin, 1978 ; Dumas, 2016).

Les chapitres suivants explicitent la formalisation de notre terrain. Le prochain chapitre présente notre environnement de recherche : les centres hospitaliers, les services et les méthodes choisies. Suivant notre conception du terrain comme processus, le dernier chapitre de cette partie montrera le processus de mise en place et d'élaboration de notre terrain, avec un souci particulier d'explicitation de la complexité de la démarche *in situ* et des procédés d'analyse.

CHAPITRE 2 : Méthodes et terrain empirique

Ce travail de recherche propose de questionner l'efficacité des dispositifs info-communicationnels adossés au NMP dans les centres hospitaliers. Comme nous l'avons vu jusqu'ici, cela induit se s'interroger sur le soin, comme activité sous-tendue par des valeurs attachées à la notion de service public, qui entrent, potentiellement, en conflit avec des valeurs et des dispositifs liés à la modernisation du service public. Pour appréhender cette problématique, nous avons fait le choix de nous intéresser aux communications affectives des soignants et de déterminer dans quelles mesures la prise en compte des affects au niveau organisationnel permet d'explicitier les tensions actuelles au sein des centres hospitaliers. Dans le chapitre précédent, nous avons présenté le cadre théorique et les enjeux de la méthodologie que nous avons choisie. Ce chapitre a vocation à présenter et justifier le choix des méthodes d'investigation. La première section nous permettra de présenter et de souligner les enjeux des méthodes utilisées sur le terrain, à savoir : les observations immersives (non participantes), les entretiens libres et semi-directifs et l'analyse de corpus documentaire. L'objet de notre deuxième section sera de présenter les deux centres hospitaliers qui ont accueilli nos observations, plus précisément le contexte général de ces deux centres hospitaliers. Nous présenterons ces organisations de manière à garantir l'anonymat des personnes ayant accepté de nous recevoir: il ne sera fait mention ni du nom des personnes, ni du nom ou de la localité des établissements.

Section 1 : Choix des méthodes

Nous avons vu dans le chapitre précédent combien l'appréhension des manifestations affectives d'autrui peut s'avérer complexe à mettre en place sur le terrain. Dans une perspective ethnographique, nous avons fait de l'observation immersive notre méthode principale d'investigation. Cependant, compte tenu de la complexité de notre matière, nous ne pouvons nous contenter de notre interprétation de situations observées. Dans ces conditions, l'observation étant une méthode d'investigation faisant du chercheur un tiers de la situation, elle doit être, *a minima*, complétée par la parole des personnes observées pour accéder au vécu de celles-ci (Paillé et Mucchielli, 2016). Dans le cas contraire, les risques sont, *a priori*, les suivants : l'interprétation étant à sens unique, le risque d'interprétation fondée sur une

projection, en termes d'émotions ou d'intentions, erronée est trop grand pour être raisonnable, en particulier compte tenu du fait qu'il s'agit de donner au lecteur un instantané au plus proche du vécu des soignants. Dans la lignée du travail méthodologique d'A. Dumas (2016), nous avons donc décidé de croiser les méthodes d'investigation sur le terrain. Nous avons fait le choix de trois méthodes : des observations de terrain (non participantes), des entretiens (libres et semi-directifs) sur les conditions de travail et les conséquences de la rationalisation auprès de soignants, de personnels managériaux, administratifs et de représentants des instances de direction, et une analyse de corpus documentaire composé de documents de promotion des politiques de santé publique de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'Agence Régionale de Santé – Auvergne Rhône Alpes (ARS ARA).

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des observations et des entretiens in situ

Centre	Service	Acteurs	NB	Nb jours	Type	Heures
A	Pédiatrie	AS ⁷¹	3	3	OBS	21
A	Radiologie	BRANC	2	3	OBS	21
A	Pédiatrie	CDS	1	3,5	OBS	24,5
A	Radiologie	CDS	1	3,5	OBS	24,5
A	Pédiatrie	IDE	4	4	OBS	38
A	Radiologie	MER	9	4	OBS	28
A	Pédiatrie	CSUP	1		ENT	1
A	Radiologie	CSUP	1		ENT	2
A	Admin	Dir Soins	1		ENT	1
A	Pédiatrie	MD	1		ENT	1

⁷¹ Les abréviations contenues dans ce tableau sont détaillées dans le Glossaire p.429

A	Radiologie	MD	1		ENT	1
A	Admin	PCME	1		ENT	1
A	Radiologie	SEC	2		ENT	2
B	Chirurgie	AS	2	2	OBS	14
B	Chirurgie	CDS	1	3	OBS	21
B	Chirurgie	IDE	8	5	OBS	56
B	Chirurgie	MD	4	3	OBS	12
B	Chirurgie	SEC	6	2	OBS	14
B	Chirurgie	MD	1		ENT	1
Total Heures ENT						163,5
Total Heures OBS						165
Total Jours Centre A				9,5		
Total Jours Centre B				10,5		

Observations immersives

L'observation a une place toute particulière dans notre terrain du fait de notre approche anthropologique. Pour mémoire, il s'agit d'observer les groupes humains et de mettre en place des « *analyse[s] intensive[s] et synthétique[s] de la "vie ordinaire"* », dont l'objectif est de décrire les caractéristiques fondamentales qui permettent d'établir des ensembles humains comme groupes sociaux (Kilani, 1987 : 50). Notre terrain a pris la forme de plusieurs sessions d'observations non participantes dans deux centres hospitaliers français. Plus précisément, il

s'est agi de deux fois dix jours et une fois quinze jours, soit plus de 250 heures, dans trois services aux missions très différentes. Nous précisons la nature de ces missions dans le chapitre suivant dédié à l'ingénierie de la recherche et au terrain comme processus. Le cadre théorique de notre méthodologie nous a permis de formaliser les objectifs et les enjeux de l'appréhension des affects des soignants et des dispositifs info-communicationnels adossés au NMP en situation de travail. L'enjeu principal est d'être en capacité de mettre en évidence les manifestations affectives des personnels observés et interrogés et de comparer ces manifestations avec les enjeux de chaque dimension communicationnelle qui traverse l'organisation. Dans le cas d'observation de manifestations affectives, l'observation non participante propose un dispositif immersif intéressant. Étant un tiers extérieur sans contrat avec la direction, nous avons pu bénéficier du statut de témoin neutre des situations de travail. N'étant pas partie prenante du rapport de force et n'étant pas dans une position d'évaluateur, cela nous a permis de faciliter l'ouverture de nos interlocuteurs sur leurs conditions de travail et leurs affects. Pour autant, le croisement des techniques d'enquête est primordial, car la présence d'un tiers témoin peut également générer des changements de comportement voire des situations de dissimulation pour entretenir la réputation de l'organisation. Nous développerons ce point plus précisément dans la partie consacrée aux résultats, cependant nous pouvons d'ores et déjà citer par exemple, le cas d'un rendez-vous, sollicité par une aide-soignante avec son cadre supérieur de santé, concernant une demande de mutation de service :

« Après manger nous nous rendons dans le bureau de ■■■ [son cadre supérieur] pour l'entretien. Sur la porte de celui-ci je constate une plaquette de com interne concernant les dangers de la grippe, le bouquet des valeurs soignantes et une affiche d'information sur la journée des soins. Durant l'entretien ■■■ détaille son projet : elle met l'emphase sur le côté très cocooning du service et explique qu'elle souhaiterait voir autre chose. Sa stratégie rhétorique est donc axée sur l'attrait de la découverte. Elle est cependant désarçonnée rapidement parce qu'il met à jour son véritable projet (ce qui corrobore, a priori, mon hypothèse selon laquelle la cadre lui avait déjà parlé du projet en amont ou alors qu'il a l'habitude de ce genre de stratégies). Je sens qu'ils font tous très attention à la façon dont ils s'expriment, ils prennent beaucoup de pincettes (tournures de phrases soutenues, euphémismes, sous-entendus polis, plusieurs affirmations de compréhensions mutuelles). Plus tard ■■■ m'explique, presque déçue, qu'elle

soupçonne ■■■ d'avoir adapté son discours et sa façon de s'exprimer à ma présence, elle ajoute : "D'habitude il est bien plus dur que ça." »

Ici, on remarque que, même discret et silencieux, la présence d'un étranger ouvertement là pour regarder et écouter peut induire des changements de comportement et de stratégies de communication entre les acteurs. Nous avons donc gardé à l'esprit que notre présence n'était pas neutre pour nos interlocuteurs. Dans ce même esprit, nous tenons à signaler que le choix d'être observé appartenait pleinement aux personnels : par commodités nous avons préféré nous concentrer sur l'activité d'une seule personne à la fois, avec tout de même un œil attentif au groupe, au quotidien, mais sur la base du volontariat et selon une démarche fondée sur le consentement.

Nous avons mené en tout quatre vagues d'observations. Nous détaillerons les situations observées et les raisons de nos choix de service dans le chapitre suivant, dédié à l'ingénierie de la recherche. Pour autant, voici un récapitulatif de nos phases d'observation :

- Une phase exploratoire au Centre A : composée de demi-journées d'observations dans neuf services, encadrées par les cadres de santé, qui consistait à nous présenter le fonctionnement et les problématiques des services.
- Une première phase au Centre A : composée de dix jours d'observation dans le Service 1, service de pédiatrie spécialisée.
- Une deuxième phase au Centre A : composée de dix jours d'observation dans le Service 2, service de radiologie spécialisée.
- Une troisième phase au Centre B : composée de quinze jours d'observation dans le service 3, service de chirurgie et de médecine regroupant plusieurs spécialités.

Afin de consigner tout ce qui nous a paru pertinent *in situ*, nous avons rédigé un journal d'observation, qui nous a suivi de la phase exploratoire en juillet 2017, à la fin des observations en septembre 2018. Nos notes manuscrites portent à la fois sur l'agencement spatial, l'organisation des services, le détail des situations et des interactions observées, nos sensations et émotions, les manifestations affectives (ambiances, réactions, attitudes) de nos interlocuteurs, les opinions des parties prenantes, des conversations, ainsi que des réflexions personnelles et des questions à soulever lors de l'analyse. Ce travail manuscrit quotidien a fait l'objet d'une réécriture numérique systématique, de préférence le jour même des observations,

afin de développer précisément et d'affiner la rédaction du journal pour qu'elle soit lisible et la plus fidèle possible aux observations.

Entretiens

Nous avons complété ces observations avec des entretiens. Nous avons deux objectifs. Premièrement, il s'agissait d'accéder aux récits affectifs des personnels interrogés sur les rationalisations de leurs activités. Nous avons, ainsi, eu l'occasion de pour recueillir les prises de position, les opinions, les récits affectifs et les manifestations affectives en entretien, sur des questions précises liées à la rationalisation des professions de soin.

Nous avons mené deux types d'entretiens au cours de nos observations : des entretiens libres (37) et des entretiens semi-directifs (9). Nous avons interrogé cinquante-trois personnes, comprenant trente-sept entretiens libres avec des personnels liés directement au soin (dont sept sur un mode exploratoire avec des cadres de santé au tout début de l'étude) et neuf entretiens semi-directifs avec des personnels assurant des fonctions managériales et administratives au sein des centres hospitaliers. Les entretiens libres ont été menés en situation, c'est-à-dire durant les observations, le plus souvent sur des temps de pause, ou des temps d'activité calmes. Ils ont été menés auprès des personnels observés (cadres de santé, infirmières, manipulateurs radio, aides-soignantes, brancardiers, secrétaires). Les entretiens semi-directifs sont des entretiens complémentaires menés selon une grille d'entretien pré-établie (Annexe n°4) auprès de personnels que nous n'avons pas eu l'occasion d'observer : secrétaires indisponibles, cadres supérieurs de santé, directeur des soins, président de la commission médicale d'établissement (CME).

Tableau 4: Tableau récapitulatif des effectifs avec lesquels sont avons été en contact

Profession	Code	Total = N
Infirmi.er.ère.s	IDE ⁷²	12

⁷² Les abréviations contenues dans ce tableau sont détaillées dans le Glossaire p.429

Aide-soignantes	AS	5
Cadre de santé	CDS	3
Cadre de santé (expl) ⁷³	CDS (expl)	7
Manipulateur.trice.s radio	MER	9
Brancardiers	BRANC	2
Secrétaire Médical (obs)	SEC (obs)	6
Secrétaire Médical (ent)	SEC (ent)	2
Chefs de service	MD	7
Cadres supérieurs de santé	CSUP	2
Directeur des soins	Dir Soin	1
Président CME	PCME	1

En termes d'enjeux, les entretiens de recherches – et en particulier les entretiens libres menés lors des observations –, ont été l'occasion de vérifier nos réflexions et nos intuitions en situation sur les manifestations affectives de nos interlocuteurs. Il s'agissait principalement d'éviter au maximum la projection d'intentions et d'émotions sur le comportement de nos interlocuteurs pour limiter les biais d'interprétation. Ainsi, lors d'une situation, afin de vérifier si notre perception était en accord avec le vécu de notre interlocuteur, nous demandions des précisions sur son ressenti : « *Comment tu te sens par rapport à ça ?* », « *Qu'est-ce que ça te fait ?* », « *Qu'est-ce que tu ressens ?* »⁷⁴. L'intérêt était double : valider ou corriger nos

⁷³ L'abréviation « expl » correspond à l'abréviation d'« exploratoire ». Il s'agit des cadres que nous avons rencontrés et interrogés lors de notre phase exploratoire.

⁷⁴ Nous avons laissé le choix du tutoiement ou du vouvoiement à nos interlocuteurs de nous tutoyer ou de nous vouvoyer en fonction de ce qui était le plus confortable pour eux. Dans le cas du tutoiement, nous considérons qu'il s'agit d'une marque d'ouverture de nos interlocuteurs à une relation de proximité affective. Celle-ci est, évidemment, relative, cependant, selon nous, malgré tout plus explicite que le vouvoiement. De fait, si c'était leur

intuitions, et donc, affiner notre perception, mais, également, permettre à notre interlocuteur de prendre, pendant un instant, un recul réflexif sur la situation en conscientisant et en verbalisant le processus affectif qu'il avait/était en train de traverser.

Par ailleurs, d'un point de vue plus pragmatique, les entretiens de recherche, notamment semi-directifs, nous ont permis d'accéder aux discours des personnels que nous n'avons pas pu observer. Recueillir les manifestations affectives des soignants en situation de travail a une valeur en soi, cependant nos propositions de recherche supposent une interdépendance entre ces manifestations affectives et la mise en place de dispositifs adossés à une politique managériale spécifique. Dans cette perspective, il nous semblait réducteur de nous limiter aux récits affectifs des soignants. À ce titre, les entretiens de recherche avec les personnels administratifs et managériaux, impliqués dans les processus de soin, d'une part, et dans la gestion et la direction de l'hôpital d'autre part, nous ont permis de recueillir et d'analyser :

- des éléments contextuels sur la relation entre les manifestations affectives des soignants et ces dispositifs,
- des éléments étayés par les deux parties,
- des éléments sur les manifestations affectives des personnels chargés d'opérationnaliser la modernisation des centres hospitaliers.

En termes de modalités, nos entretiens libres, ou non directifs, ont consisté, pour nous, à aborder un thème général et à laisser notre interlocuteur s'exprimer librement sur le sujet. Nous n'intervenons que ponctuellement pour relancer celui-ci ou aiguiller légèrement la conversation, sans grille préalable. Sur le terrain, ceux-ci ont pris la forme d'entretiens individuels et d'entretiens collectifs (lors de moments communs comme la préparation des médicaments, les pauses, les repas, etc.) qui ont duré de dix minutes à deux heures. Dans ce cadre, nous avons interrogé d'abord sept cadres de santé sur le mode exploratoire, puis, trente-sept individus appartenant à des catégories professionnelles liées soin, comme au processus de prise en charge patient : des cadres de santé (3), des infirmier.ère.s (12), des aides-soignant.e.s (5), des manipulateur.trice.s radio (9), des brancardiers (2) et des secrétaires médicales (6). Ces entretiens ont systématiquement eu lieu dans les services et pendant l'exercice de l'activité.

choix, nous avons également choisi de tutoyer nos interlocuteurs pour favoriser cette dimension de proximité affective et instaurer une relation de reconnaissance mutuelle et de sécurité. Par ailleurs, il convient de noter que le contexte du tutoiement a été également facilité par l'accueil régulier d'étudiant.e.s dans les services.

Pour les entretiens semi-directifs, nous avons préparé une grille d'entretien avec des thématiques et des questions préalablement établies. Ces entretiens ont pris la forme de neuf entretiens individuels, d'une à deux heures, enregistrés à l'aide d'un magnétophone et retranscrits entièrement par nos soins. L'ensemble des individus ayant participé à ces entretiens ont des fonctions managériales et administratives au sein des centres hospitaliers observés : des secrétaires médicales que nous n'avons pas pu observer (2), des cadres supérieurs de santé (2), des chefs de service (3), un directeur des soins, un président de CME. Il convient de noter que nous n'avons pas pu organiser d'entretiens avec le cadre supérieur de santé du Centre B par manque de temps, ni avec la direction des soins et avec le Directoire du même centre, nos sollicitations étant restées sans réponse.

Dans le cas des entretiens semi-directifs, nous avons construit notre guide d'entretien à partir de nos questionnements de recherche. Nous avons fait le choix d'organiser nos questions par thématiques et de poser environ quatre questions par thèmes pour laisser autant de temps et d'espace que possible à l'expression de nos interlocuteurs.

- Thème n°1 - Métier : nous avons regroupé sous ce thème, les questions relatives au métier de notre interlocuteur et du rôle qu'il estime jouer dans l'organisation du CH. Nous avons porté plus particulièrement notre attention sur l'attachement de notre interlocuteur à son travail et sur les éventuels décalages ressentis avec les représentations qu'il a de son métier.
- Thème 2 - Contexte et Nouveau Management Public : ce thème regroupe les questions liées au contexte de travail au sein du centre hospitalier avec une attention particulière portée aux tensions, leurs origines selon notre interlocuteur et sa position sur la ligne managériale du centre hospitalier.
- Thème 3 - Émotions et organisation : l'objectif des questions regroupées sous ce thème était de faire s'exprimer notre interlocuteur sur ses ressentis, la place des émotions au sein de l'organisation et plus globalement sur la place des émotions au travail.
- Thème 4 - Le Soins : les questions relatives au soin avaient pour but d'accéder aux représentations de notre interlocuteur concernant celui-ci et de mettre en évidence d'éventuels décalages entre sa définition et les possibilités d'action au sein de l'organisation. La dernière question, inspirée par le programme POLISOMA, concernait la vision de notre interlocuteur sur « l'hôpital de demain » et notre objectif était d'analyser la nature affective des projections face

à cette expression, c'est-à-dire de savoir si ces projections étaient optimistes ou non et pourquoi pour appréhender la façon dont les personnes interrogées se projettent dans leur activité dans le temps présent et sur le temps long.

Tableau 5: Grille d'entretien semi-directif

THÈMES	QUESTIONS
<p style="text-align: center;">MÉTIER</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation • Pour vous qu'est-ce que c'est être *profession* ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Pourquoi avoir choisi le CHU ?</i> • Que ressentez-vous pour votre travail ? • Pouvez-vous me décrire ce qui va et ne va pas ? • Y a-t-il un décalage entre ce que vous pensez être votre métier et ce que vous faites actuellement ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Que génère ce décalage chez vous ?</i> ◦ <i>Si oui, comment s'est installée cette dynamique selon vous ?</i> ◦ <i>Qu'est-ce qui a changé concrètement ?</i>
<p style="text-align: center;">CONTEXTE ET NMP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si je vous dis « contexte de travail actuel au CHU » qu'est-ce que ça vous évoque ? • Qu'est-ce qui, selon vous, serait à l'origine de ce contexte ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>A quel niveau se sont opérés ces changements selon vous ? Au sein de l'équipe – au niveau institutionnel – au niveau étatique ?</i> ◦ <i>Depuis quand ?</i> ◦ <i>Pouvez-vous me donner un exemple ?</i> • Comment définiriez-vous la ligne managériale du CHU ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Qu'en pensez-vous ?</i>

<p style="text-align: center;">ÉMOTIONS ET ORGANISATION</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous sentez-vous par rapport à ces tensions ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Selon vous quelle est votre place sur l'échiquier de l'organisation ?</i> • Avez-vous, au sein de l'organisation, l'espace de vous exprimer sur le sujet ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Qu'est-ce que cela génère chez vous ?</i> • Avez-vous la sensation de pouvoir être vous-même au travail ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Si oui/non pourquoi ?</i> • Selon vous, les émotions ont-elles une place au travail ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Si oui/non, pourquoi ?</i>
<p style="text-align: center;">SOIN</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que c'est le « soin » pour vous ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Reformulation : Donc un soignant c'est... [reprise des éléments de réponse] ?</i> ◦ <i>Si non pourquoi ?</i> • Y a-t-il un décalage entre ce que vous pensez être « le soin » et ce qui est pratiqué actuellement au CHU ? <ul style="list-style-type: none"> ◦ <i>Pouvez-vous me donner un exemple ?</i> • Est-ce que vous estimez que l'on y prend soin des soignants ? • Pour finir, à quoi ressemblera l'hôpital de demain selon vous ?

Il convient de noter que notre grille d'entretien a été la même pour tous nos interlocuteurs, elle a cependant fait l'objet d'adaptations légères correspondant à la fonction de chacun et à la dynamique de la conversation. La trame thématique ci-dessus a également été utilisée de mémoire, pour orienter les entretiens libres des acteurs observés. Les entretiens semi-directifs ont été enregistrés à l'aide d'un magnétophone, puis intégralement retranscrits (Annexe n°3) sous forme de fichier texte dans une fiche synthèse.

Figure 3: Modèle de fiche synthèse d'entretien

Tableau Formulaire Outils Fenêtre Aide

12 pt G I S X² X₂ A A

FICHE SYNTHESE ENTRETIEN 1 – SEC 050318

- Qui ?

NOM, profession, centre

- Quelle situation ?

Lieu de l'échange

- Quelle occasion ?

Entretien semi-directif organisé après les observations de [mois].

- Quels problèmes, thématiques abordés ?

La gestionnarisation des professions de soin, le contexte socio-économique, les conditions de travail au CHU, les émotions au travail, le soin en contexte de rationalisation.

- Quel rapport avec les questions de recherche et quelles réponses ?
- Quelle nouvelle hypothèse/problème/question non résolue émerge de l'entretien ?
- Quelle priorité pour l'entretien suivant ?

RETRANSCRIPTION:

Les entretiens libres, quant à eux, ont été consignés directement dans le journal d'observation sous forme de transcription complète, partielle ou de discours indirect libre.

Corpus documentaire

La constitution d'un corpus documentaire pour alimenter notre méthodologie a pour objectif d'accéder aux politiques de communication concernant la promotion des politiques publiques de santé en matière de management lié au soin. Pour ce faire, nous avons choisi de focaliser notre attention sur les ressources mises à disposition par l'Agence Régionale de Santé (ARS) dont dépendent les centres hospitaliers et qui représente le Ministère de la Santé et des Solidarités à l'échelle locale. L'ARS agit comme intermédiaire entre le ministère et les organisations de santé, elle a en charge le pilotage de la politique de santé publique et la

régulation de l'offre de santé locale. Ci-après, la définition des missions des ARS que l'on peut trouver sur le site internet <https://www.ars.sante.fr/> :

« Deux grandes missions: le pilotage de la politique de santé publique et la régulation de l'offre de santé en région

Les agences régionales de santé sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle des [ministères chargés des affaires sociales et de la santé](#).

Le pilotage de la politique de santé publique en région comprend trois champs d'intervention :

- *La veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé.*
- *La définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.*
- *L'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.*

La régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé :

La régulation de l'offre de santé en région vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé. Elle porte sur les secteurs ***ambulatoire*** (médecine de ville), ***médico-social*** (aide et accompagnement des personnes âgées et handicapées) et ***hospitalier***.

- ***Concrètement, les agences régionales coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.***
- ***La régulation comporte une dimension territoriale - pour une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins sur le territoire - et une dimension économique - pour une meilleure utilisation des ressources et la maîtrise des dépenses de santé.***

La régulation est mise en place dans les différents domaines de responsabilité de l'agence, la loi mettant à la disposition du Directeur général de l'ARS divers leviers, notamment :

- *L'autorisation de la création des établissements et services de soins et médico-sociaux, le contrôle de leur fonctionnement et l'allocation de leurs ressources.*
- *La définition et la mise en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et la caisse nationale de solidarité et d'autonomie (CNSA), des actions propres à prévenir et à gérer le risque assurantiel en santé en région.*
- *L'évaluation et la promotion de la qualité des formations des professionnels de santé.* »⁷⁵

Cette position d'intermédiaire entre les législateurs et les opérationnels du système de santé, donne selon nous à l'ARS une position privilégiée en termes de pilotage et d'opérationnalisation des prescriptions faites aux organisations de santé dans le cadre du déploiement de la politique nationale de santé. Bien que les stratégies publiques de santé soient élaborées au niveau régional, le fil conducteur et les grands principes sont dictés par la tutelle du ministère. Afin d'accéder aux politiques de communication qui induisent les représentations du soin au sein des centres hospitaliers, il nous a semblé pertinent d'étudier les discours des instances de pilotage qui influencent leur pilotage, leur gestion et leurs autorisations d'exercer. Notre perspective sur l'analyse de discours est étayée par les travaux d'auteurs en SIC tels que S. Bonnafous et M. Temmar (eds.) (2007) et notamment des contributions de J. Angermüller (2007) et C. Oger (2007). À l'origine, portée conceptuellement par les Sciences du langage, l'analyse de discours prend essor en France grâce à l'engouement de chercheurs émanant de disciplines différentes (sociologie, linguistique, philosophie, histoire, etc.) dont le point commun était de s'intéresser aux rapports entre contexte socio-historique et phénomènes langagiers (Maingueneau, 1995 ; 2012 ; Bonnafous et Temmar, 2007). Selon Maingueneau

⁷⁵ C'est nous qui mettons en gras. Intégralité de l'article disponible sur : <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-qu'une-agence-regionale-de-sante?parent=4619>

(2012), l'analyse de discours est « *une des disciplines des études de discours* », il considère qu'elle a pour intérêt spécifique de déterminer la nature de l'articulation qui lie énoncés et contextes d'énonciation. À ce titre, le discours se fait « *activité langagière socialement située* » (Bonnaïfous et Temmar, 2007 : 3) et son analyse s'intéresse aux genres, aux structures et aux éléments symboliques faisant de celui-ci un dispositif de communication sociale et linguistique (Maingueneau, 2012). Compte tenu de notre sujet, nous nous intéressons particulièrement aux énoncés officiels de cadrage et de prescription des méthodes de gestion et de pratiques du soin dans les organisations de santé afin de mettre en évidence les éléments symboliques qui procèdent de la radicalisation de la modernité et qui pourraient constituer un facteur de mise en tension de la communication entre la direction et les soignants *in situ*.

Le corpus est composé de soixante-trois documents, disponibles publiquement sur le site des ARS. Pour avoir une étude contextualisée, il nous a semblé pertinent de concentrer notre recherche documentaire à la fois sur des ressources globales et sur des ressources locales. Ces dernières nous permettent de resserrer le contexte autour de problématiques liées au territoire qui éclairent potentiellement le contexte *in situ* des centres hospitaliers observés. Nos deux centres hospitaliers dépendant de l'autorité de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes (ARS ARA), une partie substantielle de notre corpus est tiré de leurs ressources documentaires publiques. Le corpus (Annexe n°6) se compose de vingt-six textes émanant du site de l'ARS (<https://www.ars.sante.fr/>), vingt-quatre proviennent du site de l'ARS ARA (<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/>), trois textes sont issus du site du Ministère des Solidarités et de la Santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/>). L'Annexe n°6 (Vol. Annexes, p. 496) est un tableau récapitulatif de la composition du corpus. Ces trois derniers textes sont les sources de certains articles de l'ARS où il était fait mention de la perspective générale de l'ARS sur le sujet et d'un renvoi vers le texte original. Pour plus de précisions, nous sommes donc remontée au texte source. Le corpus est circonscrit dans le temps : 2016 - 2020 avec une majorité de textes datant de l'année 2018, correspondant à notre étude de terrain. Il convient de noter que les plans nationaux de santé sont élaborés en décalage des années d'application : pour l'année 2018, les plans ont été élaborés en 2016 à l'initiative de la Loi de Modernisation du système de santé de la même année. Ainsi, disposer de textes de 2016 nous permet d'accéder aux projets de modernisation appliqués en 2018. Disposer des textes de 2018, 2019 et 2020 nous permet d'accéder aux rapports d'activité liés à ces projets de modernisation et à ceux de la nouvelle politique de santé nationale intitulée « Ma Santé 2022 ».

L'objectif de cette analyse de corpus est de mettre en lumière les liens entre les discours de modernisation émanant du Nouveau Management Public, les dispositifs d'opérationnalisation au niveau local et les tensions mises en exergues par les personnels de santé pendant les observations et les entretiens. D'un point de vue méthodologique, c'est également la méthode que nous privilégions pour l'analyse des politiques de communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007), troisième niveau des ACO. Un dialogue entre nos différents résultats permettra, selon la perspective des ACO, d'affirmer ou d'infirmier nos hypothèses de manière transversale. Les résultats de chaque méthode apporteront un éclairage complémentaire aux autres selon les différents niveaux : situations, processus et politiques de communication. Cet éclairage est transcrit et illustré dans la troisième partie de ce manuscrit, consacrée à l'interprétation des résultats. À la lumière de notre cadre théorique, nous avons des pistes de recherche pour la sélection des textes. Cependant, nous avons gardé à l'esprit de ne pas focaliser la sélection uniquement sur des textes faisant explicitement mention de la modernisation du système de santé, cela aurait représenté un biais. Nous avons préféré focaliser la sélection sur des textes présentant les plans et les dispositifs relatifs à la politique de santé en vigueur en fonction des périodes. Pour autant, il convient de noter que nous avons fait l'hypothèse de travail a priori que les composantes idéologiques de ces discours allaient dans le sens d'une promotion de la modernisation des centres hospitaliers et de leur gestion.

Section 2 : Présentation contextuelle générale des deux centres hospitaliers choisis

L'objet de cette deuxième section est de présenter le contexte général des centres hospitaliers qui ont accepté de nous accueillir. Il s'agit de donner au lecteur des précisions sur l'environnement dans lequel a pris place notre terrain et le contexte organisationnel général relatif aux mesures de modernisations ayant suivi l'instauration du NMP.

Le premier centre hospitalier, le Centre A, est une organisation publique de santé à vocation sanitaire et universitaire placé sous tutelle de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cela signifie que ces missions sont : le soin, l'enseignement et la recherche. Il dispose d'une plateforme d'accueil et de prise en charge d'urgences disponible constamment, ainsi que de vingt pôles assurant la prise en charge administrative, médicale et chirurgicale de patients présentant des pathologies ou des affections variées. Parmi ces vingt pôles, nous comptons : neuf pôles

cliniques, six pôles médico-techniques et cinq pôles administratifs, logistiques et techniques. Il convient de noter que l'organisation des établissements de santé par pôles de compétences intervient récemment dans l'histoire des centres hospitaliers. Comme nous avons pu le voir dans la première partie (Partie I, Chapitre 2, section 2), elle n'est mise en place qu'à partir de 2009 suite à la loi HPST⁷⁶, découlant de la révision générale des politiques publiques de 2007. Le Centre A se compose de plusieurs établissements répartis sur plusieurs sites géographiques et met à disposition des usagers plus de deux mille lits et neuf écoles et instituts de formation du personnel paramédical accueillant environ mille deux cents élèves chaque année. Il regroupe en tout neuf mille professionnels pour une centaine de corps de métiers différents voués à répondre directement ou indirectement aux missions du centre hospitalier. La direction est assurée par :

- un Directeur général : nommé par le Ministre de la Santé, il est chargé d'appliquer la politique générale de gestion de l'établissement et il en est le représentant légal,
- un Directoire : présidé par le Directeur général accompagné de l'équipe de direction (directeurs adjoints chargés des différentes missions de gestion : RH, comptabilité, etc.) et de représentants du corps médical, sa fonction est d'assister et de conseiller le Directeur général dans la conduite de la politique générale de l'établissement,
- un Conseil de Surveillance : chargé de contrôler la gestion de l'établissement et de se prononcer sur la stratégie d'administration.

Notre première phase de terrain a eu lieu en janvier 2018 dans un contexte organisationnel réellement très tendu, suite au suicide d'un médecin sur son lieu de travail quelques mois auparavant⁷⁷. Ce climat de tension s'inscrivait, alors, à la suite de nombreuses manifestations et grèves, du service des urgences notamment, témoignant d'un climat organisationnel déjà plus qu'inconfortable pour les soignants. Sur site, les tensions touchaient donc parfois à la révolte dans certains services malgré la vaste enquête QVT déployée par les psychologues du travail, depuis au moins 2015, visant à remonter les problèmes organisationnels des services et leurs conséquences en termes de risques psychosociaux à la direction. En parallèle, sous la pression du gouvernement, la direction avait mis en place des réunions de pôle avec le Directoire afin d'échanger avec les personnels sur leurs problèmes *in situ*.

⁷⁶ Loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » de 2009. Plus d'information : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020879475/>

⁷⁷ En l'occurrence, notre arrivée dans le centre hospitalier à ce moment-là ne fut pas l'objet d'un choix en rapport avec cette tragédie. À l'origine, nous aurions dû arriver sur site en septembre 2017, mais avons été retardée par des problématiques administratives.

Le Centre B, est une organisation publique de santé à vocation sanitaire. À la différence du Centre A il n'a pas de vocation universitaire, pour autant il dispose d'un centre de recherche clinique privé. Composé également de plusieurs établissements, il se déploie sur plusieurs sites géographiques. L'établissement est relativement récent et a obtenu sa certification en 2013. La gestion de l'hôpital public étant normalisée par la loi HPST de 2009, il est également dirigé par un Directeur général, un Directoire et un Conseil de Surveillance, et dépend de l'ARS de sa région. Il compte près de quatre mille six cents professionnels en tout et onze pôles de compétences. À notre arrivée en septembre 2018, le contexte du centre hospitalier était relativement tendu. Suite à l'éviction d'une directrice des soins dont la perspective ne s'accordait pas avec les objectifs de modernisation de la ligne managériale du centre hospitalier, un collectif de médecin s'est monté hors Commission Médicale d'Établissement (CME)⁷⁸ pour s'opposer à la direction et écrire une lettre de plainte à l'ARS afin de dénoncer les conditions de travail et la rationalisation des procédures de soin au sein du CH. Par ailleurs et d'un point de vue plus général, le centre hospitalier en question fait face à un important et constant roulement du personnel, du fait de sa position géographique et des offres plus attractives en termes de rémunération et de conditions de travail des établissements privés alentour.

Nous avons ici le contexte général dans lequel nous nous sommes retrouvée plongée lors de nos observations. On peut noter que de part et d'autre, comme pressenti grâce aux grèves et manifestations, les conditions de travail et de rémunération apparaissent comme un point d'achoppement particulièrement délicat entre les personnels du CENTRE HOSPITALIER et la direction, entraînant des actions offensives et des tentatives de recours contre cette dernière auprès d'instances plus gradées.

Synthèse des acquis

Ce chapitre avait vocation à présenter les grandes lignes de notre terrain et de justifier nos choix de méthode. Nous avons vu, dans la première section, l'importance des précautions méthodologiques à prendre pour appréhender les manifestations affectives des soignants en

⁷⁸ La Commission Médicale d'Établissement est un comité composé de médecins représentants du corps médical dont le Président est élu par ses pairs. Il est chargé d'élaborer le projet médical d'établissement avec le Directeur général et la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et des prises en charge des patients. Les membres de la commission sont également appelés à se prononcer à titre consultatif sur le projet d'établissement, la stratégie managériale globale, les plans de financements, les politiques de recherche, les programmes d'investissements logistiques, la gestion et la formation continue du personnel médical.

situation de travail. La première étant de croiser les techniques d'enquête (Dumas, 2016 ; Dumas et Martin-Juchat, 2016). Ainsi, nous avons fait le choix de trois méthodes de recueil, afin de réduire le maximum de biais possible dans notre appréhension compréhensive du terrain : des observations immersives (trois phases, de dix à quinze jours, d'observations immersives, dans deux centres hospitaliers), des entretiens (libre et semi-directifs) et une analyse de discours sur la base d'un corpus documentaire.

Les entretiens nous ont permis de compléter nos observations, de vérifier nos interprétations *in situ*, d'avoir des précisions sur le fonctionnement de l'activité et des soignants et d'avoir accès aux discours des personnels administratifs et managériaux que nous n'avons pu observer. Nous avons interrogé cinquante-trois personnes comprenant trente-sept entretiens libres et neuf entretiens semi-directifs avec des personnels assurant des fonctions managériales et administratives au sein des centres hospitaliers.

Enfin, nous avons procédé à une analyse de discours sur un corpus documentaire composé de soixante-trois textes provenant des ressources publiques de l'ARS, de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes et du Ministère de la Santé et des Solidarités. L'objectif de cette analyse de corpus est de mettre en exergue l'articulation entre radicalisation de la modernité des dispositifs de gestion publique au sein des organisations publiques de santé dans les discours de cadrage émanant de l'ARS.

À terme, l'objectif du croisement de ces méthodes est de faire dialoguer les différents résultats afin d'appréhender une réponse à nos hypothèses de manière transversale. À partir d'une analyse de terrain portant à la fois sur les situations (observations et entretiens), sur les processus (observations et entretiens) et sur les politiques de communication (observations et corpus) nous souhaitons mettre à jour les tensions induites par la dynamique de rationalisation des méthodes de gestion publiques.

Le chapitre suivant sera l'occasion pour nous de détailler l'organisation de notre terrain, ainsi que nos procédés d'analyse.

CHAPITRE 3 : Le protocole de la recherche

Il s'agit dans ce chapitre de présenter de manière précise le déroulé de notre terrain : choix des services, organisation des observations, procédés d'analyses. Cette présentation s'inscrit dans la perspective d'un terrain envisagé comme processus (Glaser et Strauss, 1967 ; Müller, Pasqualino, Schneider, 2017). L'objectif est de donner à lire l'intégralité du processus au lecteur et de faire la lumière, de façon détaillée, sur la construction du terrain : de l'organisation à l'exploitation de données en passant par la réalisation. Cela nous permet, notamment, d'explicitier la façon dont nous avons recueilli et codé (Strauss et Corbin, 1998) nos corpus de données, en vue de leur exploitation. Cela nous permet, également, de renforcer le principe de précaution méthodologique, lié à la complexité de l'appréhension des manifestations affectives en situation.

Ainsi, la première section de ce chapitre est dédiée à la construction du terrain de recherche depuis ses prémices, un an avant le début effectif du doctorat, jusqu'à la réalisation des observations en 2018. La deuxième section permettra d'explicitier les procédés de compilation et d'analyse de données.

Section 1 : Organisation des différentes phases de terrain

De l'organisation aux observations, notre terrain s'est déroulé en plusieurs phases : une phase exploratoire, une première vague d'observations test, le choix des services, puis les observations et les entretiens et, enfin, l'analyse de corpus. Il s'agit dans cette section de présenter ces phases et de mettre en évidence plusieurs points permettant de comprendre les choix opérés lors de l'opérationnalisation de notre méthodologie.

La phase exploratoire

Ce que nous appelons ici phase exploratoire consiste plus précisément en deux phases de travail préalables aux observations et entretiens menés en 2018. Ces deux phases nous ont permis d'opérer des choix théoriques et méthodologiques pour la construction de notre terrain et de faciliter notre intégration sur le terrain. La première phase a eu lieu en 2015, soit avant notre entrée effective en thèse de doctorat. Nous avons eu, lors de notre deuxième année de master, l'opportunité de participer à un programme de recherche interdisciplinaire intitulé « du somatique au politique » (POLISOMA) dont l'objectif était de réfléchir aux rôles des émotions

dans l'interprétation des situations de travail, dans la mise en œuvre d'actions et dans les interactions professionnelles et sociales. La seconde a eu lieu à l'été 2018 : elle a consisté à faire une première session de neuf temps d'observations (comprenant des entretiens informels), dans les services du Centre A susceptibles de nous recevoir.

Le programme POLISOMA

Un an avant d'entrer en thèse de doctorat sous contrat ministériel, nous avons eu l'opportunité d'intégrer un programme de recherche interdisciplinaire nommé POLISOMA. Il s'agit d'un projet de recherche conçu et dirigé scientifiquement par Fabienne Martin-Juchat, Pr. SIC (GRESEC, UGA), Thierry Ménissier, Pr. Philosophie (IPHYG Philosophie Langages et Cognition (EA 3699), UGA) et Valérie Lépine, MCF SIC⁷⁹ (GRESEC, UGA). Le consortium de POLISOMA était composé à la fois d'enseignants-chercheurs et d'acteurs professionnels travaillant en liens étroits avec un centre hospitalier universitaire. Le programme a ainsi bénéficié d'apports **SIC** (Fabienne Martin-Juchat, Valérie Lépine, Aurélia Dumas, docteure en SIC, GRESEC, Marine Aznar, doctorante en SIC, GRESEC, UGA), **philosophiques** (Thierry Ménissier), de **psychologie du travail** (Michel Dubois, Pr. Psychologie ; Juliette Manto Jonte, docteure en Psychologie, Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie (EA 4145), UGA), de **santé publique** (Pierre-Philippe Dujardin, CSS, formateur à l'Institut de Formation des Cadre de Santé de Grenoble, doctorant en Santé Publique⁸⁰, laboratoire TIMC IMAG, UGA) et de **psychologie et médecine préventive** (Julie Pavillet, psychologue à la médecine préventive du CHU de Grenoble Alpes).

Cette étude a porté sur les cadres de proximité exerçant en centre hospitalier. Plusieurs raisons ont poussé le consortium à choisir le domaine hospitalier : premièrement, les organisations publiques de santé font face depuis plusieurs années à une dynamique de rationalisation et de gestionnarisation via la mise en place du NMP. L'opérationnalisation de cette dynamique a eu des conséquences sensibles sur l'activité et sur le vécu des salariés des centres hospitaliers. L'hypothèse centrale du programme de recherche était la suivante (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018) :

⁷⁹ MCF, IUT2, UGA – GRESEC de 2006 à 2019, puis PU, ITIC, Université Paul Valéry Montpellier 3 depuis 2020.

⁸⁰ Thèse de doctorat en santé publique intitulée « La conduite de projets ordinaires pilotée par les cadres de santé » soutenue le 4 Juin 2018.

« Les chercheurs et parties prenantes du programme font l'hypothèse que les organisations où s'exercent les activités humaines structurées par des logiques productives et gestionnaires sont des instances où les individus font l'expérience quotidienne de situations, d'interactions, de relations, d'échanges qui suscitent et/ou mobilisent des affects. Or, analyser cette activité affective comme acte de langage et de médiation, par le biais d'une approche compréhensive des discours sur les pratiques, ici recueillis lors de focus group, permet de rendre saillantes des dynamiques collectives et organisationnelles et non simplement individuelles et/ou interpersonnelles. »

Dans cette perspective, nous avons mené deux sessions d'entretiens collectifs (focus group), d'une durée de 3 heures chacune, réunissant 19 cadres de santé, soit un groupe de 9 et un groupe de 10⁸¹. Ce travail de recherche nous a permis de poser les premiers jalons à la fois théoriques et méthodologiques de notre travail de thèse actuel. Les résultats suivants correspondent aux principaux résultats du volet SIC de l'étude et sont tirés de l'analyse des récits détaillés des cadres sur les situations de manifestations affectives ou sur les différentes stratégies de régulation affective en situation de travail (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018) :

- Premièrement, les cadres de santé ont été en capacité de nous partager des récits très détaillés de situations où interviennent des manifestations affectives et des situations de régulations d'affects en lien avec la résolution de tensions. Il ressort du discours des cadres que les situations de travail où interviennent des manifestations affectives intenses sont omniprésentes dans les services.
- Deuxièmement, il apparaît dans leurs propos que la question des émotions au travail est peu prise en compte par l'organisation et leur hiérarchie comme argument valide. Elle est traitée comme une composante subjective de l'activité et déléguée à l'individu qui manifeste ses émotions. Par ailleurs, nous avons mis en évidence que les manifestations affectives en situation faisaient l'objet d'un « lissage » ou d'une « minoration » de la

⁸¹ La composition des groupes s'est fait sur la base d'une sollicitation de l'intégralité des cadres de santé du CHU via un mail émanant du cadre formateur à l'IFCS et co-organisateur du programme. Le détail méthodologique de l'étude est disponible en ligne, dans l'article suivant : Fabienne Martin-Juchat, Valérie Lépine et Marine Aznar, « L'agir affectif dans le travail d'encadrement : un objet de recherche interdisciplinaire », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], 12 | 2018, mis en ligne le 01 janvier 2017 URL : <http://journals.openedition.org/rfsic/3471>

part des cadres. La première forme de résolution de situation conflictuelle est de s'appuyer sur les protocoles et les procédures, avec une attention particulière à ne pas communiquer leurs propres émotions.

- Les situations partagées par les cadres mettent, d'autre part, en évidence que dans les situations à forte teneur émotionnelle, ils assurent « *un rôle d'arbitrage relationnel, neutralisant les partis-pris, les interprétations au profit d'une clarification des faits et des objets en jeu dans une dispute ou un conflit.* »
- Cependant, il est apparu par ailleurs que l'expression des émotions dans un dialogue ouvert entre interlocuteur (rarement) ou entre pairs (souvent) était la deuxième forme de résolution de situations problématiques privilégiée par les cadres de santé. Cela nous indique, notamment, que si les affects ne sont pas reconnus par l'organisation comme ressources pour l'action, ils le sont quand même dans les faits. Les résultats de cette étude montrent notamment que les manifestations affectives jouent un rôle important dans les processus de prise de décisions et de résolution de problèmes, ainsi que dans les pratiques de management.

Étant partie prenante du consortium de ce programme, présente pendant les focus group, chargée de la prise de note des entretiens, de la retranscription, de l'analyse collective des situations de travail à forte teneur émotionnelle énoncée oralement, puis de la co-animation d'une partie de la restitution des résultats, cette première étude nous a permis de nous familiariser avec les thèmes de recherche et également avec les cadres de santé présents. Compte tenu de leur intérêt pour la problématique du programme de recherches, et de la proximité avec la problématique de nos travaux, nous avons recontacté les cadres de santé parties prenantes de l'étude afin d'organiser une première session d'observation au sein du CHU dans le cadre de notre travail de thèse.

Première session d'observation des cadres de santé

Dans cette perspective, nous avons, grâce au soutien de Pierre-Philippe Dujardin, alors cadre formateur à l'IFCS et co-organisateur du programme POLISOMA, recontacté les cadres de santé intéressés par la problématique des émotions au travail, afin d'organiser des demies-journées d'observations et des entretiens informels pour découvrir le quotidien des cadres de santé du Centre A. Sur les dix-neuf cadres contactés, neuf ont répondu favorablement à notre

demande, le reste des demandes n'ayant pas fait l'objet d'une réponse ou bien d'une réponse négative.

Tableau 6: Récapitulatif des observations et entretiens informels menés lors de la phase exploratoire

CODE	SERVICE	TEMPS OBSERVATION	TEMPS ENTRETIEN
I1	Neuroradiologie	2H	55min
I2	Médecine légale	3H40	1H
I3	Médecine soins de suite et de réadaptation gériatrique	1H	1H
I4	Blocs cardio-vasculaire et thoracique	5H20	1H + 3H (réunion cadres)
I5	Médecine physique et rééducation /Transversal kiné	5H	1H + 2H (réunion fonctionnement)
I6	Immuno-hématologie oncologie pédiatrique	3H	35min
I7	SAMU	1H	40min
I8	Hygiène	/	1H15
I9	Biologie – toxicologie – pharmacologie	2H	2H

Les observations ont fait l'objet de prise de notes manuscrites dans un journal de bord, puis transcrites de façon numérique (Annexe n°1). Il s'est agi de noter des informations sur

l'agencement de l'espace du service, nos impressions, l'organisation du service, les éléments importants de nos entretiens informels et quelques situations d'interaction observées. L'objet de ces premières observations était d'accéder à une première forme de compilation de données sur le quotidien des cadres de santé, afin, par la suite, de sélectionner les services adéquats pour notre étude, de formaliser notre grille d'entretiens et de repérer les premières difficultés de l'observation (prise de notes complexe et partielle, fatigue, autorisations de présence, familiarisation avec le magnétophone, etc.). Les thématiques abordées lors des entretiens informels étaient : les conditions de travail des personnels soignants et des cadres de santé, compte tenu du contexte de gestionnarisation, le fonctionnement et l'organisation des services.

Nous avons procédé à une première analyse ancrée (Glaser et Strauss, 1967). Nous avons fait en sorte de prendre le plus de notes possible sur le terrain. Après plusieurs lectures de nos notes, nous avons mis en évidence les événements et les récits saillants, en rapport avec notre problématique. Nous avons ensuite codé ces éléments en nous concentrant sur ce qui nous donnerait des informations générales sur le contexte et les conditions de travail des services avec lesquels nous avons été en contact. La synthèse des éléments codés a fait émerger un certain nombre de problématiques caractéristiques des dynamiques de rationalisation : difficultés liées au manque de moyen, cadences de travail difficilement soutenables, difficultés, perte de sens au travail généralisée, etc. Ces éléments nous ont servi de base pour la formalisation des catégories de codage nécessaires à l'analyse de corpus, suite à nos observations officielles.

À la suite des restitutions de POLISOMA et de cette phase exploratoire, nous avons développé une première approche des problématiques de terrain liées à l'activité de recherche et à l'activité des soignants. Par ailleurs, nous avons bénéficié d'une intégration progressive dans les services, facilitant, par la suite, le contact et l'immersion dans les services sélectionnés, autant du point de vue des soignants que de la direction, grâce à l'appui des cadres de proximité désireux de sensibiliser leurs collaborateurs à la problématique des émotions au travail.

Le choix des services à observer

Parmi la multitude de services observés pendant la phase exploratoire, nous avons finalement sélectionné trois services pour organiser une deuxième session d'observations, plus longues. Cette sélection s'est faite sur la base d'un classement des problématiques afférentes aux rationalisations, saillantes dans le discours des cadres. Par la suite nous avons hiérarchisé

les services susceptibles d'être touchés ou non par telle ou telle caractéristique de la rationalisation.

	Remarques	Service majoritairement concerné	Résumé de problématique
Remarque n°1	Certains services souffrent de problèmes relationnels avec leur hiérarchie entraînant des problèmes de communication et de management des équipes	Médecine Physique et Rééducation	Lutte de pouvoir sur la question du management entre le cadre supérieur de santé et la médecin cheffe, avec le cadre de santé au milieu.
Remarque n°2	J'ai noté beaucoup de <i>verbatim</i> faisant mention de problèmes de surmenage en lien avec le rapport activité/exigence de rentabilité. Ces services sont plus enclins à pratiquer le bricolage et font état de plus de risques.	Neuroradiologie	La neuroradiologie est considérée comme une activité qui rapporte de l'argent à l'hôpital. Il y a une pression quotidienne sur le nombre d'interventions à réaliser, selon la cadre, au détriment de la santé de ses manipulateurs radio.
Remarque n°3	Les cadres ont une activité morcelée, complexe et très chargée. La prise en charge patient se fait rare, notamment à cause d'un ratio gestion/management des équipes de plus en plus déséquilibré en fonction de la gestion. Certains cadres tentent tout de même de	Immuno-hématologie (IHO)	La nature de la prise en charge en IHO nécessite, selon la cadre, un accompagnement au plus proche des parents. Cumuler l'accompagnement des parents, le management des équipes et ses tâches de gestion la met souvent en

	concilier les deux, estimant que ça fait partie de leur métier, au risque d'être en situation de surmenage.		situation de surmenage. Remarque subsidiaire : le service est autofinancé par des dons de particuliers.
Remarque n°4	Avec la fermeture des lits, la limitation des budgets et l'absence d'embauche, certains services souffrent tellement de la rationalisation qu'ils sont dans l'incapacité de prendre en charge les patients correctement, il est parfois fait mention de maltraitance.	Gériatrie (cf discours des autres services)	Le service de gériatrie manquerait gravement de moyens pour s'occuper convenablement de ses patients.
Remarque n°5	Globalement, de prime abord, les TIC ne sont pas un problème, elles ont plutôt tendance à être aidantes, sauf pour certains services.	Blocs cardio-vasculaire et thoracique	Les systèmes d'information sont uniformisés à l'échelle du CH ne permettant pas une gestion informatique au plus juste des activités. Dans le cadre des blocs cela va même jusqu'à représenter une surcharge de travail.
En conclusion	Pour recueillir des observables concernant : les risques, les situations de bricolage, les problématiques rentabilité/soin	Neuroradiologie	

	<p>Pour recueillir des observables concernant : la gestionnarisation des services, les conséquences du NMP dans le quotidien des soignants, les situations de bricolage, de forts risques pour les soignants et des problématiques en lien avec les conditions de travail et le soin</p>	<p>Gériatrie</p>	
	<p>Pour recueillir des observables concernant : la gestionnarisation en dehors des problématiques budgétaires</p>	<p>IHO</p>	

Ainsi, pour résumer, nous avons choisi les services de Neuroradiologie, de Gériatrie et d'Immuno-Hémato-Oncologie Pédiatrique du Centre A. Dans les *verbatim* concernant la rationalisation des activités hospitalières est revenue, très souvent, la question des ressources, notamment financières. L'analyse des entretiens de cadres de santé recueillis lors de cette phase exploratoire montre que c'est une problématique saillante associée le plus souvent au manque de moyen et/ou à l'exigence globale de rentabilité. La difficulté à répondre à ces exigences d'économie et de rentabilité nous est donc apparue importante dans le choix des services à observer.

Comme présenté dans le tableau nous avons choisi le service de Neuroradiologie pour son potentiel d'observation en termes de situations reprenant des thématiques comme la surcharge de travail, la rentabilité prenant le pas sur le soin et les risques pour les soignants. Ce service nous a paru particulièrement intéressant, car les problématiques traversées sont semblables à celles des autres services, alors qu'au sein du centre hospitalier il a la réputation d'être un service qui dispose de bonnes ressources et génère beaucoup d'argent. Nous avons là

une première piste à explorer sur les liens entre gestionnarisation, moyens alloués et quotidien des soignants.

Le service d'Immuno-Hémato-Oncologie Pédiatrique présente, selon la cadre, la particularité d'être pourvu généreusement en dons de particuliers et d'associations afin de faciliter le quotidien des enfants malades. Le service est, chose exceptionnelle, doté d'un compte en banque extérieur au centre hospitalier pour recevoir ces dons. Il est ainsi, en quelque sorte, indépendant financièrement. Pourtant, une fois encore, les problématiques de gestionnarisation, en lien plus étroit cette fois-ci avec des problématiques organisationnelles et de sens au travail, ne font pas exception. Nous avons donc choisi d'explorer cette piste plus avant.

Le troisième service était réputé pour être un service particulièrement en difficulté. Des professionnels en grande souffrance, des patients présentant des pathologies complexes et lourdes, pris en charge dans des conditions insatisfaisantes, suivant des cadences très exigeantes et disposant de moyens jugés inexistantes. Cela semblait être le service le plus touché par la dynamique de rationalisation. C'est pourquoi nous l'avions choisi. Cependant, une réorganisation interne fit obstacle à ce troisième choix : le service allait changer de bâtiment et faire l'objet d'une réorganisation profonde. Dans ces conditions, il ne fut pas possible pour la cadre d'accéder à ma demande pour « *protéger ses équipes d'un stress supplémentaire* ». Nous avons un profond respect pour sa décision et avons donc décidé de procéder autrement.

Dans un premier temps, il s'est agi pour nous d'organiser les observations avec les deux premiers services. Avec le début des observations, nous espérions mettre à profit notre présence sur le terrain pour faire la rencontre d'autres cadres de santé potentiellement intéressés par notre travail. Finalement, l'opportunité d'explorer un troisième service, dans un autre centre hospitalier, s'est présentée grâce à la médiatisation des travaux de POLISOMA dans des revues scientifiques. Intéressé par la démarche et par le sujet, les porteurs du projet ont été contactés par un chef de service de chirurgie, d'un autre centre hospitalier, et de médecine de spécialité, soucieux de nous encourager dans notre démarche et de pacifier le contexte de son organisation. Nous avons donc convenu d'une prise de contact et d'un entretien, puis de quinze jours d'observation – contre dix pour les autres, le service en question étant plus d'une taille plus importante (blocs et médecine).

L'objectif de cette section était de présenter au lecteur le déroulé de la construction de notre terrain jusqu'aux observations *in situ*. Il s'agit ici d'apporter un éclairage sur la conception

du terrain comme processus co-construit (Müller, Pasqualino, Schneider, 2017). Notre terrain s'est construit de manière progressive et les conditions de possibilités de son organisation bien en amont du projet de thèse lui-même. Par ailleurs, soucieuse de sensibiliser leurs équipes et, surtout, leur hiérarchie aux tensions induites par la gestionnarisation, chaque équipe sollicitée a fait montre du même enthousiasme pour le projet. Il convient de noter qu'indépendamment de nos propres objectifs recherche, à l'échelle des personnes ayant accepté de nous recevoir, de participer à ce projet de recherche leur permettait de revendiquer une prise de position auprès de la direction sur la détérioration de leurs conditions de travail.

Suite à la phase exploratoire de notre terrain et à une première analyse de contenu, nous avons déterminé les services à observer au Centre A : un service de radiologie et un service de pédiatrie. Grâce aux publications du programme de recherche POLISOMA nous avons pu ouvrir notre terrain à un autre centre hospitalier et à un service de chirurgie et de médecine de spécialité. À ce titre, nous avons eu accès à différents exemples de prise en charge où le soin s'inscrit de manière transversale : l'accueil, le diagnostic, l'intervention chirurgicale et la prise en charge (traitements et soins de suite).

Section 2 : Procédés d'analyses

Il s'agit dans cette section de présenter nos procédés de recueil de données et d'analyse. Nous verrons que les méthodes d'exploitations de données ont été sensiblement les mêmes pour les observations et les entretiens. Le corpus documentaire, quant à lui, a fait l'objet d'une analyse de discours semi-automatisée⁸² à l'aide du logiciel Tropes. Nous présenterons dans un premier temps nos protocoles de recueil de données pour les trois méthodes choisies, puis les processus d'exploitation de données.

Protocole de recueil de données

Trois méthodes différentes impliquent trois protocoles de recueil de données différents. Nous avons procédé simplement pour chacune d'entre-elles et surtout de la façon la plus large possible, afin d'altérer le moins possible la richesse des données et de laisser émerger des éléments propres au terrain (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1998).

Les observations ont fait l'objet de prise de notes systématiques sous forme d'un journal d'observations. Nous utilisons le terme journal à dessein : il s'agit du compte rendu à vif des

⁸² Nous avons procédé à la con

faits, des pensées et des événements donnés à voir ou survenus lors des observations. Il s'agissait de laisser venir le terrain à nous et de transcrire : l'activité quotidienne des personnes observées, les situations rencontrées, les manifestations affectives corollaires, les opinions exprimées, des transcriptions directes et indirectes de discussions, nos émotions, nos interprétations et nos réflexions. Les notes manuscrites de ce journal ont fait l'objet d'une réécriture numérique, pour clarifier les phrases, souvent sténographiées et abrégées, de façon à transformer l'intégralité du texte en récit détaillé, lisible par un lecteur. Ce journal (Annexe n°1) fait aujourd'hui plus d'une centaine de pages et constitue le matériel principal de notre exploitation de données.

Les entretiens se divisent en deux catégories : les entretiens semi-directifs et les entretiens libres. Les entretiens libres ont été recueillis et compilés au sein du journal d'observations, au même titre que le reste des observations et traités de la même façon que celles-ci. Nous verrons comment dans la sous-partie suivante. Les entretiens semi-directifs, eux, ont été menés à l'aide d'une grille d'entretiens élaborée à partir de nos hypothèses (Annexe n°4) et ont fait l'objet d'enregistrements audio, de prise de notes dans un carnet dédié et d'une retranscription complète (Annexe n°3). Les notes nous ont permis, tout de suite après les entretiens, de procéder à une synthèse de l'entretien (Annexe n°5). Les retranscriptions ont été faites par nos soins, de façon exhaustive, sauf demande explicite de confidentialité de la part de notre interlocuteur.

Le corpus documentaire a été composé à partir de textes disponibles publiquement sur le site de l'ARS et de l'ARS Rhône-Alpes. Sur la base d'une lecture attentive des titres et des thématiques, nous avons sélectionné des textes en rapport avec les politiques nationales de santé, les actions et les prescriptions en termes de modernisation à l'échelle nationale et locale, pour ne pas perdre d'éléments contextuels. Nous avons compilé ces documents en un seul, à l'aide de Notepad ++ et mis en forme le corpus à l'aide du logiciel de traitement de texte Libre Office. Cette mise en page a consisté en un balisage des textes comme suit : Numéro du texte - Titre - Date - URL.

Exploitation des données

Dans la lignée du travail de P. Paillé (1994 ; 2017) sur la théorisation ancrée, nous souhaitons ici, présenter les étapes d'exploitation de données mises en place suite aux différents types de recueils (observations, entretiens, corpus). Dans un article intitulé « L'analyse par théorisation ancrée », publié dans la revue *Cahiers de recherche sociologiques* (1994), P. Paillé

cherche à expliciter les opérations courantes de la théorisation ancrée, dans le but de proposer une opérationnalisation accessible de la méthodologie et de réfléchir aux étapes et aux enjeux de la théorisation ancrée. Comme le souligne le chercheur, il ne s'agit pas de présenter la démarche telle qu'elle est présente dans les travaux de Glaser, Strauss et Corbin (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1998), mais de proposer une adaptation de la méthode de recherche qualitative en méthode d'analyse de données fondée sur une démarche itérative de recueil et d'interprétation des données. La façon dont nous avons mené notre terrain et notre analyse de terrain correspond à la théorisation ancrée conceptualisée comme méthode d'analyse de données décrite par P. Paillé. Il convient de mettre d'emblée en évidence le sens de théorisation dans ce contexte (Paillé, 1994 : 149) :

*« Un reproche que l'on peut adresser à la grounded theory comme les ouvrages existants la définissent est qu'elle entretient de telles prétentions, ce qui a pour effet d'éloigner des utilisateurs potentiels sous le prétexte qu'ils ne veulent pas «faire une théorie». **Or qu'est-ce que théoriser? C'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière. En fait, théoriser, ce n'est pas, à strictement parler, faire cela, c'est d'abord aller vers cela; la théorisation est, de façon essentielle, beaucoup plus un processus qu'un résultat.** »⁸³*

À ce titre, notre objectif de théorisation avec ce terrain est d'explicitier les relations entre manifestations affectives des soignants et contexte de rationalisation des organisations de santé lié au NMP. Il ne s'agit pas d'élaborer une nouvelle théorie à la lumière de notre exploitation, mais de mettre en évidence les apports de l'approche anthropologique par la communication affective dans l'approche communicationnelle des organisations. Pour ce faire nous avons procédé à l'élaboration d'un corpus composé de notes d'observations et de transcriptions d'entretiens que nous avons analysé *in situ* et *a posteriori* de façon itérative. Cela signifie que la collecte de données et l'analyse ont été réalisées quasiment simultanément, chacune influençant l'autre au fil des conclusions partielles élaborées empiriquement pendant les observations et les entretiens. Nous le verrons rapidement. Le corpus documentaire, quant à lui, a fait l'objet d'une analyse de discours semi-automatisée à l'aide du logiciel d'analyse sémantique Tropes.

⁸³ C'est nous qui mettons en gras.

Les observations et les entretiens

Nous avons mené les observations et les entretiens libres selon les principes de la théorisation ancrée. Cela signifie qu'ils s'inscrivent dans un cadre où l'analyse des données est quasiment réalisée dans le même temps que le recueil. En d'autres termes, chaque journée d'observation venait nourrir la suivante. Chaque jour, nous reprenions nos notes du jour et procédions à une analyse rudimentaire des phénomènes observés afin de qualifier les phénomènes observés et les remarques consignées. Il est arrivé que cette analyse soit faite directement sur le terrain, en particulier sur la fin des observations, après avoir pris un certain nombre de réflexes afférents à la « *codification initiale* » (Paillé, 1994 : 154) de nos observations. Il ne s'agissait pas tant de coder l'ensemble du corpus pour la forme, que de l'inscrire dans un « *processus de questionnement* » (Paillé, 1994 : 152) au sein duquel les hypothèses d'interprétation pouvaient être vérifiées sur place ou le lendemain.

Dans les faits, nous n'avons procédé qu'à une analyse par théorisation ancrée partielle, dans le sens où nous ne sommes pas allée jusqu'à une théorisation exclusivement ancrée. En termes d'étapes d'analyse, nous avons procédé à une « *codification initiale* » des corpus, puis suivant le processus à la « *catégorisation* » des phénomènes émergeant du terrain. Une fois la catégorisation effectuée, nous avons recensé les phénomènes et avons recodé l'intégralité du corpus des observations, des entretiens libres et des entretiens semi-directifs à partir des catégories. À partir de là, nous avons procédé à une extraction des données à partir de chaque catégorie et formalisé des tableaux d'analyses plus proches de l'analyse de contenu que de la théorisation ancrée. Il s'agit d'une démarche hybride qui relève de « *l'intégration* » (Paillé, 1994 : 172) de la théorisation ancrée, c'est-à-dire d'une démarche de délimitation des grandes lignes de l'étude qui émerge du terrain, mais, également, – et c'est là que nous nous éloignons de la théorisation ancrée – d'une démarche recentrage de notre propos et concentration de la richesse des données, de sorte qu'elles apportent des réponses à nos hypothèses de départ. Une démarche d'intégration normale consiste à dégager le plan d'analyse à partir des premiers résultats de l'étude empirique. Dans notre cas, nous avons récupéré les premiers résultats empiriques (les résultats de la catégorisation) et nous les avons réintroduits dans le questionnement initial, mis en évidence à la fin de la première partie de ce manuscrit (Synthèse des acquis, Partie 1, chapitre 2).

Chacune de ces étapes – codification initiale, catégorisation, intégration – nécessite des précisions pour éclairer notre processus d’exploitation de données. C’est pourquoi elles font l’objet de sous-parties dédiées, dans laquelle nous prenons soin de les définir, de dégager leurs enjeux et la façon dont elle s’est formalisée dans notre étude.

Codification initiale

La codification initiale se caractérise par le fait de « [...] *dégager, relever, nommer, résumer, thématiser, presque ligne par ligne, le propos développé à l'intérieur du corpus sur lequel porte l'analyse.* » Il s’agit de procéder à une lecture attentive des notes de terrain et de dégager les caractéristiques principales des phénomènes observés : que se passe-t-il ? Qui sont les acteurs en présence ? Quel est l’enjeu de la situation ? Et dans notre cas, quelles sont les manifestations affectives observées ? Nous répondions aux grandes lignes de ces questions chaque jour après les observations et/ou en situation. Les conclusions quotidiennes permettaient de nourrir les observations du lendemain. Cette démarche itérative nous a permis, notamment, de produire des occasions de vérification quasiment en temps réel. Il s’agit d’un procédé particulièrement utile lorsqu’il s’agit d’étudier les récits affectifs d’une population. La démarche itérative permet, dans une certaine mesure, de se prémunir du biais de projection en demandant des explications sur le moment ou le lendemain aux parties prenantes de la situation. P. Paillé écrit à ce sujet (1994 : 152) :

*« Il faut comprendre que le chercheur ne se situe pas tant dans une démarche de codification d'un corpus existant (comme c'est le cas, par exemple, en analyse de contenu) que dans un **processus de questionnement**. Aussi apprécie-t-il **la possibilité de vérifier**, en entrevue ou lors d'observations, les hypothèses formulées à partir d'une première analyse du corpus déjà constitué. **Le geste fondamental de ce type de démarche est une demande constante de compréhension: en interviewant, en observant, en lisant les transcriptions d'entrevues ou les documents recueillis, le chercheur est analyste et l'analyste est chercheur, tentant de toujours mieux comprendre, cerner, expliciter,***

théoriser le phénomène faisant l'objet de son étude, que celui-ci apparaisse dans ses données ou sur le terrain même. »⁸⁴

Ainsi, entre observations, entretiens libres, interprétations et demandes de vérification, nous avons procédé par « *approximations successives* » jusqu'à atteindre le degré de fiabilité souhaité, à savoir mettre nos interprétations des situations et des manifestations affectives en cohérence avec la façon dont les soignants pouvaient eux-mêmes l'interpréter.

Les données produites par le codage initial nous ont permis de produire des synthèses temporaires. Celles-ci ont été actualisées et réactualisées en fonction de l'évolution des observations et des entretiens. Nous y avons consigné l'intégralité des phénomènes, de notre point de vue, surprenants. L'intérêt était alors double. Le premier est méthodologique : il s'agit de mettre en évidence tous les éléments qui nous ont semblé importants de compiler après la lecture de nos récits et de nos entretiens. Le second est cathartique : il s'agissait de formuler les éléments survenus hors du spectre de nos attentes et qui ont laissé une impression affective notable (surprise, tristesse, colère), nous donnant d'emblée des indices pour une démarche réflexive d'auto-ethnographie affective (O. Foli, 2018). Nous avons hiérarchisé ces éléments en fonction du degré d'étonnement qu'ils ont pu générer : ont-ils simplement attiré notre attention ? Nous ont-ils surpris ? Où ont-ils généré chez nous un véritable étonnement, au sens d'un ébranlement inattendu ?

À partir de ces synthèses temporaires, nous avons rédigé, à la fin des observations, une synthèse globale (Annexe n°8) des remarques surprenantes, redondantes et nous leur avons attribué une catégorie thématique. Il s'agit également d'une catégorisation temporaire. Le caractère progressif de l'analyse proposé par la théorisation ancrée induit un chevauchement important entre l'étape de la codification initiale et de la catégorisation. Cela implique qu'au même titre que les hypothèses émanant du terrain, les catégories sont construites par itération et passent par différents stades de formalisation avant d'être suffisamment pertinentes pour l'étude. Notre première catégorisation (Annexe n°9)⁸⁵ comptait, par exemple, huit catégories,

⁸⁴ C'est nous qui mettons en gras.

⁸⁵ Celle-ci est présente en annexe exclusivement à titre d'illustration des spécificités méthodologiques d'une approche par théorisation ancrée. Cette catégorisation n'a pas servi à dégager de résultats. Elle n'a de pertinence qu'en comparaison avec la catégorisation finale (Annexe n°10), afin de donner une idée de combien peut évoluer une catégorisation en théorisation ancrée, aux lecteurs qui en auraient besoin.

contre, finalement, quatre à la fin du terrain, résultat d'une condensation autour des catégories remaniées.

Catégorisation

Cette étape intermédiaire nous a permis de tester, au fil des itérations, la pertinence des catégories thématiques issues de la codification initiale. Le passage de la codification initiale à la catégorisation est un processus de conceptualisation des catégories thématiques établie précédemment. P. Paillé (1994 : 159) écrit à ce propos que la catégorisation consiste à : « *porter l'analyse à un niveau conceptuel en nommant de manière plus riche et plus englobante les phénomènes, les événements qui se dégagent des données.* » Il s'agit d'une part de dresser la liste des catégories issues de la codification initiale (Annexe n°9) pour repérer si dans celles-ci il n'y aurait pas déjà des catégories conceptuelles. Dans notre étude, c'était, notamment, le cas de la catégorie « AFFECTS » par exemple, en référence aux travaux de conceptualisation de F. Martin-Juchat (2008a) sur les communications affectives. Et d'autre part de relire et coder l'ensemble du corpus en essayant « *de nommer le phénomène plus large auquel renvoie le témoignage* » (Paillé, 1994 : 159). Après cette relecture conceptuelle de nos données de terrain, nous avons établi la liste des nouvelles catégories et affiné, regroupé et recentré celles sur nos questionnements de recherche. Cette dernière étape procède d'une démarche « *d'intégration* » (Paillé, 1994 : 172) de l'analyse de données. Nous sommes, de nouveau, dans la perspective d'un chevauchement entre deux étapes de la catégorisation ancrée. À la suite de cette intégration, nous avons mis en évidence quatre catégories principales, dont nous détaillerons la pertinence vis-à-vis de nos hypothèses de travail dans la sous-partie suivante :

CODE	DÉFINITION	EXEMPLE
AFFECTS	Concerne toute mention explicite ou interprétation de notre part concernant un fait ou un discours sur les affects et les manifestations affectives	« <i>J'ai assisté à un appel téléphonique entre la cadre et un prestataire de service. Elle était visiblement très énervée car le prestataire lui a annoncé qu'elle était obligée de reconduire le contrat de prestation, que c'était automatique. La prestation ne convenant pas, ça l'a agacée. Le téléphone a sonné souvent ; ça l'a agacée également. Cognitivement ça la perturbe dans son travail (interruption de</i>

		<i>tâches) et comme il s'agit de son téléphone perso, le boulot déborde à la maison "au grand désespoir de mon mari" me confie-t-elle. »</i>
SITUATIONS	Concerne les situations (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) à forte teneur émotionnelle	<i>« Nous retournons dans son bureau, je comprends que tout ce débordement d'énergie n'était qu'une manifestation de son bouleversement émotionnel intérieur : elle s'est sentie mal que son cadre l'interpelle devant tout le monde comme ça. [...] elle se lève pour aller voir son cadre supérieur, elle m'invite à entrer avec elle. Elle lui explique que pour elle la situation n'est pas clarifiée, elle a la sensation d'être responsable de ce qui arrive alors qu'elle n'a pas eu la moitié des informations concernant le cas ■. Son cadre semble compréhensif, il lui explique que ce n'était pas personnel, il voulait simplement savoir ce qu'il en était de son point de vue à elle. »</i>
REPRÉSENTATIONS	Concerne les discours des acteurs observés et interrogés sur leurs métiers respectifs, le soin et le contexte de travail au sein des centres hospitaliers	<i>« Le changement... c'est qu'on nous demande de faire plus avec autant ou moins de moyens, au niveau du personnel, et du matériel d'ailleurs. Le stress maintenant c'est surtout de ne pas trouver tout ce qu'il faut en arrivant. Avec l'expérience on relativise mais on y pense toujours. [...] La gestion administrative peut prendre le pas sur la prise en charge du patient et les relations entre professionnels. Ça peut même compromettre une intervention : par exemple si on a une autorisation d'opérer un mineur signée seulement par un des deux parents, on n'a pas le droit d'opérer. »</i>

ACTIVITÉS	Concerne tous les faits relatifs à l'activité de la personne observée	« En termes de prise en charge patient, ■ a par exemple tout organisé pour donner le bain à ■ pour la faire patienter avant la prochaine seringue de lait. Elle prend également les constantes, qu'elle communiquera à l'IDE pour adapter la chimio en fonction du poids. [...] Elle tente de rassurer la maman à travers des conseils et des paroles douces [...]. »
-----------	---	---

Intégration

L'intégration est l'étape de la théorisation ancrée qui consiste à circonscrire les limites de l'étude à partir des données empiriques c'est-à-dire à *intégrer* « les composantes multidimensionnelles de l'analyse » (Paillé, 1994 : 172). Il s'agit d'une nouvelle étape de montée en généralité du processus de questionnement qui permet de déterminer, à partir des données de terrain, sur quoi porte l'étude. C'est à cette étape de la théorisation ancrée que nous nous éloignons du modèle de la théorisation ancrée pour revenir vers un raisonnement hypothético-déductif. Celui-ci consiste à confronter les résultats d'une étude empirique avec les résultats potentiels induits par des hypothèses préexistantes. En réalité nous avons fait le choix d'une hybridation entre intégration et raisonnement hypothético-déductif. Nous avons formalisé nos catégories conceptuelles à partir des résultats de la catégorisation par théorisation ancrée et, à partir de l'extraction des *verbatim* attenants, nous avons procédé à une analyse de contenu en lien avec nos hypothèses. Selon nous, il s'agit tout de même d'une forme d'intégration au sens où nous avons circonscrit les éléments nécessaires à notre théorisation à partir des éléments qui émergeaient du terrain. La seule différence avec une intégration par théorisation ancrée stricte est que les hypothèses qui servent de cadre ont été élaborées à partir de notre cadre théorique et des données empiriques issues de l'étude POLISOMA. Nous avons fait ce choix pour deux raisons. Premièrement, cela nous a permis d'être influencée le moins possible, sur le terrain, par les théories qui constituent notre cadre théorique, de sorte à les biais cognitifs de validation et de nous ouvrir à plus que ce que nous nous attendions à trouver. Dans cette perspective, cela constitue une précaution méthodologique. Deuxièmement, cela nous a permis de circonscrire les données à traiter pour respecter les exigences du travail de thèse.

Il s'est donc agi pour nous d'intégrer les résultats de la codification initiale à partir de nos hypothèses de travail. Ceci, ajouté à l'exercice de catégorisation de la théorisation ancrée,

nous a permis de mettre en évidence les catégories conceptuelles à partir desquels nous avons poursuivi notre analyse. Pour mémoire, notre **problématique** consiste à **interroger les limites de la fonction de médiation symbolique des dispositifs info-communicationnel du NMP, au prisme des manifestations affectives des soignants**. Nos hypothèses de travail sont les suivantes :

Hypothèse principale : les manifestations affectives en organisation seraient l'indice des limites possibles de la médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels.

Sous-hypothèse n°1 : Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail.

Sous-hypothèse n°2 : Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmente sa dimension communicationnelle.

Nous avons créé, à partir de ces hypothèses, un plan d'exploitation de données pour orienter la formalisation des catégories conceptuelles. Nous avons procédé à l'intégration des résultats de la codification initiale et de la catégorisation pour tester la pertinence de ces catégories. Nous avons créé, par la suite, une synthèse des objectifs de l'exploitation de données – par rapport à nos hypothèses – et les différentes catégories permettant d'apporter des éléments de réponses à ces objectifs.

Figure 4: Tableau de synthèse du plan d'exploitation de données

Objectif	Indicateurs	Corpus	Code
Distinguer discours d'acteur / observation	typo verte/quillemets/expliciter, dire, raconter	OBS	DA / OBS
Appréhender les ensembles de représentations présents au sein de l'organisation	Repérer dans les discours les tensions récurrentes engageant la notion de valeurs.	ENT + OBS	REPRESENTATIONS
	Identifier les groupes concernés Mettre en évidence les caractéristiques des groupes en question et leur façon de communiquer et de faire groupe in situ (codes de communication, codes affectifs).		
Observer les variations affectives pour mettre en évidence le travail vécu hors discours	- les situations	ENT+ OBS	SITUATIONS EMO
	- les émotions notables		AFFECT
	- mes intuitions par rapport à des émotions refoulées		INT.AFF.
Mettre en évidence les décalages entre représentation métier et esprit du travail prescrit.	- les signes de somatisations	ENT + OBS	SOMAT.
	Comparer représentations métiers avec esprit du travail prescrit.		/
Appréhender l'activité de travail des acteurs en charge du soin	Relever les éléments concrets de l'activité pour retracer la routine professionnelle de la personne observée	OBS	ACTIVITES
	Mettre en évidence ce qui relève du visible et de l'invisible	ENT + OBS	OPE.NMP
	Mettre en évidence les opérateurs du NMP		/
Mettre en évidence les situations de bricolages	Identifier les tensions affectives qu'ils génèrent	OBS	SITUATION BRICO
	Lister et analyser les situations qui devraient se passer d'une certaine façon et qui ne se passent pas comme prévu à cause du contexte de rationalisation entraînant la nécessité de faire preuve d'ingéniosité pour assurer la continuité de l'activité.		
Faire émerger des figures d'adaptation au NMP	Relever les opinions sur le contexte et les conditions de travail	ENT + OBS	OP. CONTEXT / OP. CT
	Façon de réagir à une situation en relation avec le contexte de rationalisation	OBS	SITUATIONS RATIO°
Observer les variations affectives comme vecteur d'appropriation du travail prescrit	Situations de care entre collègues vecteurs de d'appropriation du travail prescrit	OBS	SITUATIONS CARE Interpro

Il convient de noter que les codes n'étaient pas encore tout à fait homogènes, pas dans leur caractérisation en tous cas. Pour autant les catégories conceptuelles sont formalisées par les regroupements de couleur. Pour les manuscrits édités en noir et blanc :

- « Situations émo » (à forte teneur émotionnelle) + « Situation brico » (bricolage) + « Situations Ratio° » (rationalisation) + « Situation care interpro » (situation de sollicitudes entre professionnels) ;
- « Affects » (manifestations affectives) + « Int. Aff. » (intuition de notre part quant aux manifestations affectives à vérifier) + « Somat. » (somatisation) ;
- « Représentations » (représentations des acteurs) + « Op. Contexte » (discours des acteurs quant au contexte) + « Op. CT » (discours des acteurs quant à leurs conditions de travail) ;
- « Activités » (activité des personnels observés, interrogés) + « OPE. NMP » (opérateurs du NMP, dispositifs).

Nous avons procédé, ensuite, par lectures successives de nos corpus d'entretiens et d'observations, en codant au fur et à mesure à l'aide de la fonction commentaire de notre logiciel de traitement de texte. Nous avons créé plusieurs copies de nos corpus afin de les coder en fonction de chaque thématique pour faciliter la lecture finale et le report des données codées. Les catégories conceptuelles retenues à la suite de ces étapes sont les catégories : SITUATIONS, AFFECTS, REPRESENTATIONS et ACTIVITES.

SITUATIONS : La catégorie SITUATIONS est composée de différents types de situations rencontrées au cours des observations.

o Qu'entend-on par « situations » ?

Le terme est utilisé en référence à la fois au cadre théorique des ACO (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) et aux théories de l'activité utilisées dans une perspective d'étude SIC (Dewey, [1916] 2007 ; Lépine, 2018). Cela signifie que d'une part, elle fait référence aux interactions et aux relations qui structurent le travail *via* les différentes formes de communications organisationnelles mobilisées au quotidien (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007 ; Bouillon, 2004). D'autre part, elle fait référence au « *contexte existentiel* » – c'est-à-dire à la construction, par les acteurs, d'un moment qui fait sens comme expérience avec son environnement – dans lequel se déploient ces formes de communication (Lépine, 2018 : 45).

o De quoi est composée la catégorie ?

Cette catégorie est composée des différents types de situations présents dans les observations. Cela signifie : les situations à forte teneur émotionnelle (codées EMO), les situations de bricolage (codées BRICO), les situations de rationalisation (codées RATIO) et les situations de sollicitude envers les patients et les collègues de travail (codées CARE). Il convient de noter qu'une même situation peut-être multi-codée.

o Quelles sont les caractéristiques des phénomènes liés à la catégorie ?

- Les situations à fortes teneurs émotionnelles : il s'agit d'observations ou de récits concernant des situations mettant en scène de manifestations affectives intenses, c'est-à-dire notables explicitement et qui influencent le déroulement et le sens de la situation pour l'acteur.
- Les situations de bricolage : le terme de « *bricolage* » est une référence aux travaux de M. De Certeau (1980 | 1990). Il s'agit de situations de travail dans lesquelles les conditions de possibilités de réalisation d'une prestation de qualité ne sont, selon les acteurs, pas présentes et les obligent à exploiter de façon créative et détourner leur environnement de travail.
- Les situations de rationalisation : il s'agit de situations qui font intervenir des éléments, des dispositifs et des processus liés à la rationalisation des organisations de santé et qui perturbent l'activité des acteurs.

- Les situations de care : le terme « care » fait référence aux travaux en philosophie du care, notamment ceux de P. Molinier, S. Laugier, P. Paperman (2009) ; C. Gilligan (2008) ou J. Tronto (2009). Il désigne les situations dans lesquelles la sollicitude et la bienveillance des acteurs observés et interrogés sont engagées envers un patient ou un collègue.
- Lien avec les hypothèses de travail :
L'objectif de notre recherche est de mettre en évidence les limites de la fonction de médiation symbolique des dispositifs info-communicationnels adossés à la rationalisation des centres hospitaliers au prisme des manifestations affectives des soignants. Cela induit une focalisation spécifique de notre étude sur les situations de communication. Il s'agit d'identifier, sur le terrain, les dispositifs liés à la rationalisation, les conséquences sur l'activité, sur le sens du travail et sur les manifestations affectives des acteurs en situation de travail. Il convient donc de recenser les situations de communication impliquant : des manifestations affectives (EMO ; CARE) et les conséquences de la rationalisation (RATIO ; BRICO).
- Comment les données ont-elles été exploitées ?
Suite au codage, nous avons regroupé l'intégralité des *verbatim* de cette catégorie dans un tableur (Annexe n°12). Ce tableau constitue la majeure partie de notre analyse de contenu. Nous avons procédé en deux temps. Un premier tableau se compose des situations relevées dans le corpus d'observations, elles sont codées EMO (pour les situations à forte teneur émotionnelle) et CARE (pour les situations de soin aux patients et aux collègues), BRICO (pour les situations de bricolage) et RATIO (pour les situations de rationalisation). Nous avons recensé ainsi 378 situations dont l'analyse a consisté à identifier **les acteurs** de la situation (humains ou non-humains), **la nature des tensions**, **la manifestation affective mobilisée**, **la réaction** de l'acteur et **la valeur manifestée**. Dans ce contexte, il convient de rappeler que les communications affectives participent d'un processus de valuation, de construction de sens et de mise en mouvement en vue de réaliser une action. Elles disent expriment nos ensembles de valeurs individuels et collectifs. A ce titre, la valeur manifestée est importante à mettre en évidence car elle permet d'expliquer la source des tensions *in situ*. Pour établir nos résultats, nous avons utilisé des tables dynamiques composées de comptages d'occurrences des variables nous intéressant (valeurs par acteurs, valeurs par émotions par acteurs, etc.). L'objectif était de

dresser un état des lieux des relations entre émotions, tensions et valeurs au sein des situations relevées. La deuxième étape a consisté à extraire les situations codées EMO, pour faire un zoom sur les situations à forte teneur émotionnelle. Pour le reste de l'analyse, nous avons procédé de la même façon pour établir des tables dynamiques de mise en relation des variables. Ici, l'objectif était de faire apparaître les facteurs récurrents provoquant des tensions affectives intenses au sein de l'organisation et de déterminer quelles étaient les émotions et les valeurs attenantes les plus représentées, ainsi que les types de résolution engagés.

AFFECTS : La catégorie AFFECTS est composée des *verbatim* faisant mention de manifestations affectives.

○ Qu'entend-on par « affects » ?

Le terme est employé en référence aux travaux de F. Martin-Juchat sur les communications affectives (2005 ; 2008a ; 2014 ; 2016). Il désigne l'ensemble des mouvements du corps et expériences sensibles faisant intervenir des phénomènes émotionnels, sentimentaux et/ou passionnels.

○ De quoi est composée la catégorie ?

Dans le contexte de notre exploitation de données la catégorie est composée de l'ensemble des observations, discours, réflexions et interprétations faisant mention de toute forme de manifestations affectives, dans nos corpus d'observations et d'entretiens.

○ Quelles sont les caractéristiques des phénomènes liés à la catégorie ?

- Les discours des soignants sur leurs manifestations affectives : il s'agit d'expressions spontanées ou de récits faisant référence à des manifestations affectives chez soi, ou chez l'autre. Par exemple : « Ça me dégoûte », « Il était tellement en colère qu'il s'est mis à hurler », « Ça me touche, je suis émue », etc.
- Les manifestations affectives observées : il s'agit des manifestations affectives des personnes observées et interrogées en situation, que nous avons pu relever de nous-mêmes. Par exemple : « Elle a les larmes aux yeux », « Elle est déçue », « l'enthousiasme de la solution qu'elle avait trouvée est retombé comme un soufflet », etc. Elles concernent toutes les

formes de manifestations affectives, de l'expression verbale aux manifestations somatiques.

- Nos manifestations affectives : il s'agit de l'ensemble des mouvements de notre corps faisant intervenir réactions, émotions, sentiments et passions en situation, afin de mettre en évidence notre implication affective vis-à-vis du terrain.
- Lien avec les hypothèses de travail :

Le prisme principal de notre étude de terrain est une approche de la rationalisation des centres hospitaliers par les manifestations affectives des soignants en situation de travail. Notre hypothèse principale est que l'observation et la prise en compte des manifestations affectives des soignants permettent de mettre en évidence les limites de la rationalisation des centres hospitaliers. Il convient donc de relever et de recenser l'ensemble des manifestations affectives dans nos corpus d'observations et d'entretiens.

- Comment les données ont-elles été exploitées ?

- Les données concernant les soignants :

Suite au codage, nous avons également formalisé un tableur avec l'ensemble des *verbatim* qui composent la catégorie (Annexe n°13). Nous avons procédé à une caractérisation des manifestations affectives présentes dans les *verbatim* relevés à partir de la description des phénomènes affectifs, d'une typologie classique des émotions (Damasio, 1995) et du vocabulaire des soignants. L'objectif de ce tableau est d'accéder au contexte affectif global de l'étude et d'établir des cartographies affectives (à partir d'un comptage automatique d'occurrences) en fonction des acteurs.

- Les données concernant nos manifestations affectives :

Nous avons procédé de la même façon que pour le tableau précédent, à ceci près que l'observation de nos manifestations affectives ne s'est pas arrêtée au terrain. Nous avons continué le processus lors de notre exploitation de données pour surveiller que nos manifestations affectives a posteriori, ne teinteraient pas les interprétations. Les résultats de ce tableau mettent en évidence notre implication affective sur le terrain et nous ont permis de sécuriser et/ou de réorienter l'interprétation des résultats.

REPRESENTATIONS : Cette catégorie comprend l'analyse thématique du discours des acteurs sur différents sujets, nous permettant d'accéder aux représentations collectives des personnels observés et interrogés.

o Qu'entend-on par « représentations » ?

Le terme de représentation est utilisé, ici, en référence aux travaux de P. Viard (2014) sur les valeurs et les représentations liées au soin. Il s'appuie sur la théorie des représentations sociales de Moscovici (1989). Celui-ci explique qu'on ne peut connaître un objet qu'à travers un regard socialement construit sur le monde. Cette construction sociale correspond à une définition partagée et stable de la connaissance, élaborée par interaction. P. Viard (2014) propose une méthode d'appréhension des représentations collectives à partir de l'analyse des discours des personnes interrogées. À partir d'une méthode de montée en généralité, il s'agit, au sein de ces discours, de dégager la définition générale sous-jacente aux discours individuels et d'identifier les récurrences pour faire émerger les représentations collectives.

o De quoi est composée la catégorie ?

La catégorie est composée de l'ensemble des *verbatim* comprenant les discours et les opinions des personnels observés et interrogés sur leurs activités en situation, leurs métiers, la communication au sein des services, la communication institutionnelle, le contexte de l'organisation, l'activité et le métier d'autrui, le rôle des technologies d'information et de communication dans leurs métiers, et la place des affects dans l'organisation et leur activité.

o Quelles sont les caractéristiques des phénomènes liés à la catégorie ?

- Concernant les individus : Il s'agit d'un ensemble de discours au sein desquels il convient de dégager : qui parle ? À quel groupe professionnel appartient-il ? Quelles sont ses opinions sur les sujets mentionnés ci-dessus ? Quelles manifestations et tensions affectives puis-je relever ?
- Concernant les groupes : Une fois les analyses individuelles effectuées, nous avons regroupé les *verbatim* par catégories professionnelles afin d'identifier : quelles sont les caractéristiques de ces groupes professionnels ? Quelle est leur façon de communiquer entre eux et avec les autres groupes ? Quelles sont les tensions récurrentes qui apparaissent

dans leurs discours et qui engagent la notion de valeurs ?

○ Lien avec les hypothèses de travail :

Il s'agit d'une analyse subsidiaire permettant d'étayer l'interprétation des situations de communication. Une entrée par les représentations nous permet de mettre en évidence les dimensions symboliques qui sous-tendent la communication interpersonnelle en situation de travail. Avec notre première sous-hypothèse, nous interrogeons le potentiel de transformation des modèles de gestions rationalisé sur l'investissement affectif et du sens de l'activité des soignants. La question du sens fait référence aux dimensions symboliques investies dans l'activité, notamment en tant que groupe professionnel. Accéder aux représentations nous permet, par extension d'obtenir des informations sur ces dimensions symboliques et d'envisager dans quelles mesures les nouveaux modèles de gestion les mettent en difficulté. Par ailleurs, elles sont une manifestation des ensembles de valeurs (Viard, 2014). Identifier les tensions récurrentes au sein des représentations donne, ainsi, des informations sur les ensembles de valeurs sous-jacents aux groupes professionnels et permet d'identifier la source des conflits au sein des situations de communication.

Par ailleurs, nous faisons l'hypothèse que les modèles de gestion fondés sur la rationalisation des organisations de santé fragmentent (Lépine, 2012 ; 2018) la dimension communicationnelle de l'activité. Dans ce cas également, l'identification des tensions autour des représentations des acteurs sur les différentes formes de communications présentes au sein de l'organisation permet de mettre en évidence les difficultés communicationnelles posées par le modèle de gestion.

○ Comment les données ont-elles été exploitées ?

Nous avons créé un tableau (Annexe n°14) au sein duquel nous avons recensé tous les *verbatim* comprenant une opinion sur les thématiques précédemment mentionnées. Nous avons effectué une synthèse par corps de métier et identifié les récurrences afin de procéder à une montée en généralité sur les représentations collectives des acteurs. L'objectif était d'appréhender les ensembles de représentations pour étayer l'interprétation des situations de communication, accéder aux ensembles de valeurs et permettre d'identifier les conflits attenants aux tensions.

- **ACTIVITÉS** : cette catégorie regroupe l'ensemble des éléments correspondant à l'activité des personnels observés et interrogés.

- Qu'entend-on par « activités » ?

Le terme d'activité fait, ici, référence aux travaux en Théorie de l'activité et notamment à ceux d'Y. Clot (1999 ; 2008). Il ne s'agit pas seulement de relever les actions réalisées en situation de travail. Y. Clot considère l'activité humaine comme une activité sociale et subjective (Lépine, 2018). D'une part, l'activité de travail est constituée de l'ensemble des actions exécutées en vue de la réalisation d'un objectif normalisé. Cela signifie qu'elle s'inscrit d'emblée dans un contexte social co-construit et normé. Cela signifie également qu'elle est construite par l'ensemble des interactions qui formalise ce contexte. Dans cette perspective, l'activité est fondamentalement sociale et « médiatisée », donc, observable « *par des instruments de travail : outils, artefacts techniques, procéduraux, dispositifs socio-organisationnels, mais aussi langages, connaissances, systèmes info-communicationnels.* » (Lépine, 2018 : 263). D'autre part, elle relève de processus subjectifs de construction en sens, en lien avec le contexte social dans lequel elle s'inscrit. Cela signifie qu'elle se formalise également par l'ensemble des dynamiques d'appréhension et d'appropriation intersubjectives relatives au travail. Elle comprend ainsi le « *sens donné, les buts du travail, la qualité ressentie de ce qui est fait, le sentiment de ce qui est réalisé de façon juste au double sens de la justesse et de la justice, les renoncements, etc. [...]* » (Lépine, 2018 : 263).

- De quoi est composée la catégorie ?

Dans le cas de notre catégorie, l'utilisation du terme catégorie traduit une projection dans la formalisation de nos résultats. Nous avons limité le codage à l'ensemble des actions, des tâches réalisées par les personnels observés et interrogés. L'objectif était de pouvoir comparer ces observables aux représentations (cf supra) des personnels sur leur propre activité, afin de faire émerger les décalages, les points de tensions et le degré de satisfaction ressentis par nos interlocuteurs quant à leur activité.

- Lien avec les hypothèses de travail :

Notre hypothèse centrale interroge les limites de la fonction de médiation symbolique des dispositifs de rationalisation en situation de travail. Pour appréhender les dispositifs, il faut être en capacité de pouvoir décrire les situations

de travail et les activités réalisées en lien avec ces dispositifs. Notre hypothèse sous-tend qu'il existe un décalage entre la réalisation des actions liées à la rationalisation et les processus intersubjectifs de construction de sens qui formalisent l'activité. Selon nous ce décalage mettrait en évidence les limites de la médiation symbolique conférée aux dispositifs.

À ce titre, notre première sous-hypothèse interroge la transformation des modèles de fonctionnement en vue d'une rationalisation, et en particulier ses conséquences sur l'investissement affectif et la subjectivation du travail. Pour Y. Clot (1999 ; 2008), l'activité est formalisée à travers des actions réalisées et des processus de construction de sens intersubjectifs. Si l'on fait l'hypothèse que transformer les modèles de fonctionnement ne transforme pas que les procédures, mais, également les processus de construction de sens, alors il convient de s'intéresser aux tensions existantes entre actions réalisées et activité (Clot, 1999 ; 2008) des soignants.

Par ailleurs, notre deuxième sous-hypothèse questionne les conséquences des dispositifs de rationalisation sur la dimension communicationnelle de l'activité. Afin de pouvoir étudier cette conséquence, il convient de pouvoir appréhender et décrire cette dimension communicationnelle à partir des interactions qui composent l'activité.

○ Comment les données ont-elles été exploitées ?

Comme pour les autres catégories, nous avons extrait l'ensemble des *verbatim* codés dans un tableau. Ce tableau (Annexe n°15) nous a permis d'établir une liste des tâches quotidiennes effectuées par les personnels observés et de les confronter aux représentations (cf supra) que ceux-ci peuvent en avoir par ailleurs, nous permettant d'identifier les décalages et les tensions entre activité et objectifs de rationalisation.

Il convient de noter que nous tenons fortement à la teneur qualitative de notre corpus et de nos résultats. C'est pourquoi lors de la présentation de ceux-ci dans la partie suivante, ils seront systématiquement illustrés par des *verbatim* et des extraits de récits d'observation. Nous avons fait le choix d'une analyse au moyen de tables dynamiques fondées sur le comptage d'occurrences, afin de mettre en exergue des récurrences et de comparer les codages relativement aux enjeux de nos hypothèses.

Le corpus documentaire

Notre corpus documentaire se compose de textes officiels de cadrage et de promotion de gestions et de pratiques de soin dans les centres hospitaliers. Les textes sélectionnés sont portés par l'ARS et l'ARS Rhône-Alpes. Il s'agit de nous intéresser aux éléments symboliques présents dans le discours faisant de celui-ci un dispositif de communication sociale et linguistique (Maingueneau, 2012). Dans la lignée de Bonnafous et Temmar (2007) nous considérons le discours comme une « *activité langagière socialement située* ». Cela signifie qu'elle nécessite une production textuelle ou orale et que sa teneur dépend du contexte dans lequel elle s'inscrit. Dans cette perspective nous avons sélectionné des textes portés par les hautes institutions publiques de santé, dont l'objectif est d'appuyer et de promouvoir les modifications apportées par la modernisation.

Nous disposons, ainsi, de soixante-trois textes. La préparation du corpus a consisté en une première étape de compilation, *via* un logiciel de traitement de texte (LibreOffice en l'occurrence) : comprenant corps des textes, titres balisés et URL des textes afin d'établir un recensement du corpus par la suite. Nous avons, ensuite, normalisé le texte grâce à un éditeur de texte (Notepad ++): l'intérêt était de supprimer les URL, les liens (utiles pour le référencement, mais pas pour l'analyse) et la mise en forme, afin d'avoir un texte le plus brut possible. Enfin nous avons procédé à une analyse de discours semi-automatisée au moyen de Tropes v8.1.

Créé en 1994 par P. Molette et A. Landré, Tropes est un logiciel d'analyse sémantique de textes qui permet de mettre en évidence les acteurs, la structure des relations qui les lie et la hiérarchie de ces relations au moyen de dictionnaires, de réseaux sémantiques et de Scénarios. Les concepteurs du logiciel envisagent la structure forme – fond du discours comme interdépendante (Molette et Landré, 2011 : 5) :

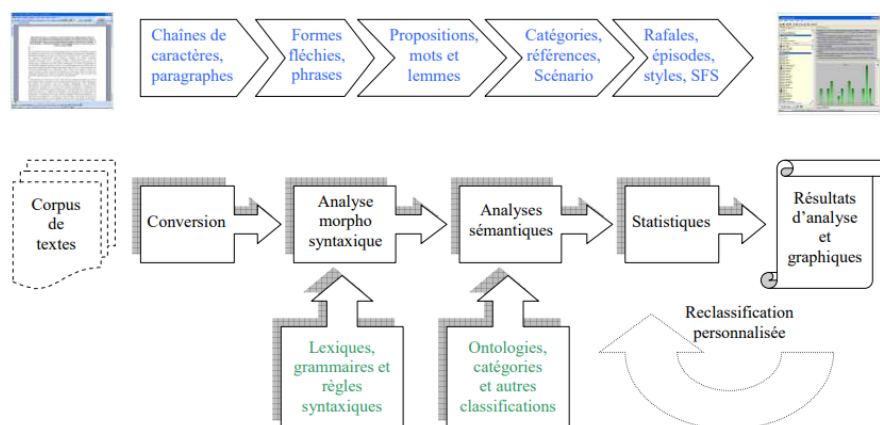
« Disons qu'un texte est composé d'Univers dans lesquels des acteurs font, sont ou disent avec d'autres acteurs des choses diverses. Disons encore que ces Univers - qui ont tous un format propositionnel - n'ont pas la même importance dans la structuration du texte. Disons enfin que certains de ces Univers - en nombre faible - sont des fondements du texte,

au sens où si on les retirait, « l'édifice textuel » s'écroulerait, et donc le sens serait perdu. »

La notion de « *format propositionnel* » fait référence aux de travaux de R. Ghiglione (1985 ; 1995). Ce dernier a développé deux grands modèles d'analyse de discours sur lesquels se fonde la programmation de Tropes : l'Analyse Propositionnelle de Discours (Ghiglione, 1985) et l'Analyse Cognitive Discursive (Ghiglione, 1995). L'Analyse Propositionnelle de Discours (APD) (Ghiglione, 1985) à identifier : les propositions grammaticales, les classes sémantiques (verbes, adjectifs, substantifs, etc.), les classes paradigmatiques (relations et structure des relations entre les mots à partir de « *référents noyaux* ») et les modèles de propositions (ou « *modèle argumentatif* ») qui composent le texte. L'analyse statistique de ces variables permet, alors, d'extraire objectivement la structure sémantique du texte permettant l'interprétation de schémas symboliques globaux véhiculés par le discours (Molette, 2009). L'Analyse Cognitive Discursive (Ghiglione, 1995) consiste à étudier seulement ce qui sert la cohérence globale du texte. À ce titre, ils utilisent les règles de la « *Structure Fondamentale de la Significations* » (Ghiglione, Kekenbosch, Landré, 1995) afin de sélectionner uniquement les propositions introduisant un thème ou un acteur qui participe à cette cohérence globale. Molette et Landré (2011) précisent que les évolutions du logiciel se sont fondées sur les travaux d'autres chercheurs permettant de développer les modules d'analyse du logiciel comme les *Rafales*⁸⁶ (Brudigou, Le Quéau, 1999), le *Scénario* (linguistique anglo-saxonne) ou le *Style Général* (Charaudeau, 1992) :

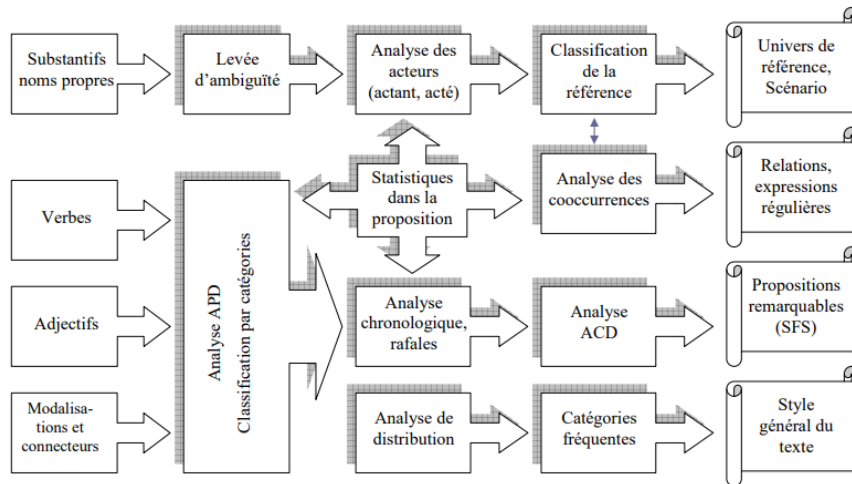
⁸⁶ P. Molette (2009 : 6) définit les rafales comme suit : « *Une Rafale regroupe des occurrences (contenues dans une classe d'équivalents ou une catégorie APD) ayant tendance à arriver avec une concentration significative dans une partie limitée du texte (mais jamais de façon uniforme sur l'intégralité de celui-ci).* » Celles-ci se composent d'épisodes : « *Un Episode correspond à une partie du texte dans lequel un certain nombre de Rafales se sont formées et terminées. Ce sont de grands blocs d'argumentation, représentatifs de la structure du discours observé.* »

Figure 5: « Tropes - Vue globale du processus d'analyse » - Schéma créé et présenté par P. Molette lors de sa communication au colloque Psychologie et communication – Tarbes – Juin 2009



Il convient de noter que dans l'analyse la part d'interprétation du chercheur intervient au niveau sémantique, notamment dans le repérage des Univers, mais aussi éventuellement dans la construction des scénarios. Le logiciel offre la possibilité de créer un thésaurus personnalisé en fonction des hypothèses de travail. De notre point de vue, les éléments lexicaux, grammaticaux et syntaxiques sont intéressants pour donner à voir la structure argumentative et le ton des textes sélectionnés. Cependant, nous nous intéressons plus particulièrement à l'analyse sémantique de notre corpus. L'objectif de cette analyse de discours et de dégager les éléments thématiques principaux contenus dans le corpus, notre hypothèse de départ étant que les discours portés par les institutions sur les politiques publiques de santé et les dispositifs attenants sont liés à la modernisation et la rationalisation de l'activité de soin. Tropes effectue les analyses sémantiques en question comme ci-après :

Figure 6 : « Tropes - Vue globale des analyses sémantiques » - Schéma créé et présenté par P. Molette lors de sa communication au colloque Psychologie et communication – Tarbes – Juin 2009



Pour réaliser cette analyse, nous nous sommes principalement appuyée sur l’outil scénario du logiciel. P. Molette (2009 : 12) définit le scénario comme un « *éditeur d’ontologie* » : l’APD permet de créer des classifications combinant substantifs, verbes, etc., les ontologies permettent de créer des hiérarchisations de ces classifications « comme un thésaurus », explique P. Molette (2009). Un scénario peut se composer de plusieurs classifications permettant de déterminer tout ou partie du contexte du texte. Pour éviter les biais d’interprétation du logiciel, les scénarios sont éditables et doivent faire l’objet d’une vérification complémentaire par le chercheur afin que le logiciel ne se trompe pas de sens. La possibilité d’éditer, de créer – ce que Molette appelle « *reclassification personnalisée* » dans le schéma ci-dessus – ses propres scénarios pour orienter l’analyse en fonction des différentes hypothèses de recherche permet à P. Molette (2009 : 12) de définir le scénario comme un « *outils interactif permettant de contextualiser l’analyse* » particulièrement intéressant dans le cadre de notre analyse, nous le verrons dans la partie suivante.

Nous sommes partie d’un scénario vide que nous avons créé progressivement à partir de nos hypothèses et des résultats de l’analyse de données décrite précédemment. La méthode de création du scénario est proche du concept d’analyse par catégorisation successive de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1998). Elle consiste à sélectionner un nombre de mots clefs voulus, les « *Références* », en relation avec le sujet de

l'étude, à étudier les définitions du thésaurus de Tropes, d'ajuster en fonction des besoins et de tester l'analyse automatique de façon itérative sur le texte jusqu'à ce que les définitions correspondent aux éléments que nous cherchons dans le texte. Le lecteur pourra trouver notre arborescence intégrale en Annexe n°7 (Vol. Annexes p. 505) Les Références que nous avons utilisées pour notre scénario sont les suivantes :

- **Contrôle** > La catégorie <Contrôle> comprend tout ce qui concerne les actions de contrôler, maîtriser, surveiller et mesurer et quantifier à l'aide d'outils informatiques de mesure et d'indicateurs. Les dynamiques de rationalisation induisent, en général, la multiplication des dispositifs de contrôle. Cette catégorie nous permet de mettre en évidence l'importance accordée aux pratiques et aux dispositifs de contrôle dans les discours officiels autour de la gestion des centres hospitaliers.
- **Finance** > La catégorie <Finance> comprend tous les éléments ayant trait au financement (champ lexical des coûts, de l'économie, de l'investissement), ainsi que ceux en lien avec les ressources financières et la productivité. Les résultats de notre analyse de corpus mettent en évidence l'importance d'une rationalisation de type économique qui entre en conflit avec l'activité des soignants. Dans la lignée de nos résultats, nous avons souhaité explorer la façon dont les discours officiels abordent cette question financière. Il convient de noter que la sous-catégorie <condition> présente sur l'arborescence n'a pas été gardée à l'interprétation, en raison de sa définition trop générique. Elle induisait des expressions hors-sujet, comme « conditions d'hygiènes » par exemple.
- **Gestion** > La catégorie <Gestion> comprend tout ce qui relève de l'administration, de la gérance, du management et de la présidence des organisations. Elle comprend également tous les éléments faisant mention des champs lexicaux en lien avec les indicateurs, les indices, le reporting et traçage qui apparaissent, dans nos résultats, comme un problème majeur pour les soignants.
- **Informatisation** > La catégorie <Informatisation> comprend tout ce qui fait mention d'un dispositif (au sens matériel du terme), et plus précisément du dossier médical partagé, des dispositifs de télécommunication, de télémédecine, les systèmes d'information et des outils d'informatique de gestion. Cette catégorie nous permet de mettre en évidence la façon dont sont appréhendés les dispositifs info-communicationnels, au sens matériel du terme, par les instances gouvernementales, et du rôle de l'informatisation dans le système de santé. Cela nous donne également des

éléments concernant la promotion d'une modernisation « *équipée* » (Mayère, 2014) du système de santé et ses enjeux.

- **Organisation** > La catégorie <Organisation> comprend tout ce qui fait mention des centres hospitaliers et aux institutions, type groupement hospitalier de territoire (GHT), agences régionales de santé (ARS), haute autorité de santé (HAS), etc., ainsi que leurs modes d'organisation (réunions, pôles, etc.). Elle comprend également un volet <communication>. Cependant, cette dernière ne comprend que des éléments ayant trait à la gestion de l'information et des données. Nous souhaitons une définition plus élargie de la communication, notamment dans sa dimension interpersonnelle, mais le thésaurus n'en faisait pas du tout mention. Cette catégorie nous permet de mettre en évidence les différentes structures organisationnelles promues par les politiques de communication. Ainsi que les transformations apportées à ces structures par les objectifs de rationalisation et de modernisation.
- **Performance** > La catégorie <Performance> comprend tout ce qui a trait aux indications chiffrées faisant part de résultats ou d'exploits en lien avec la productivité. Il s'agit d'une dynamique classique des processus de rationalisation. Nous souhaitons explorer la perspective des discours officiels sur cette question.
- **Privatisation** > La catégorie <Privatisation> comprend tous les éléments qui relèvent de la privatisation, des marchés publics, de la compétitivité et du champ lexical de la concurrence. Il s'agit également d'une thématique qui émerge de nos analyses de données. Les soignants associent la rationalisation de leur activité à une forme de privatisation du service public *via* l'utilisation de méthodes de gestion inspirées du privé.
- **Qualité** > La catégorie <Qualité> comprend tout ce qui a trait à la qualité au sens de « qualitatif » dans la lignée d'une perspective d'amélioration, modernisation et sécurisation des services. Elle comprend également toutes les références au champ lexical des normes, des standards, des expertises et des méthodes. Nos résultats mettent en évidence un hiatus entre la définition de qualité selon l'organisation et la définition de qualité selon les soignants. L'objectif de cette catégorie est d'appréhender la façon dont la notion de qualité est définie à travers les politiques de communication adossées à la modernisation et la rationalisation.
- **Ressources humaines** > La catégorie <Ressources humaines> comprend tous les éléments en lien avec les soignants : embauches, activité, actes de soins, heures

supplémentaires, santé, bien-être au travail, posture professionnelle, etc. L'objectif est d'accéder à la façon dont sont traités ces sujets au niveau des politiques de communication, en référence aux témoignages de souffrance au travail relevés lors de nos observations.

Il convient de noter que le nom des catégories n'est pas de notre fait, ils sont tirés directement du thésaurus. De plus, les Références utilisées sont triées par fréquences d'occurrence décroissantes. Nous avons constitué une analyse volontairement minimaliste pour faciliter les corrections du scénario à partir du tableau de synthèse des résultats et pour faciliter la lisibilité des résultats dans Tropes. Conformément à ce que prévoit le logiciel, nous avons utilisé le scénario comme grille de lecture de groupes sémantiques présents dans le texte. Cela nous a permis de faire émerger des unités thématiques communes et de reconstituer la façon dont les politiques de communication appréhendent et promeuvent chacun des sujet mis en évidence par la catégorisation. Cette démarche s'inscrit dans la perspective de l'étude du niveau des politiques de communication, de notre approche communicationnelle des centres hospitaliers. Dans la lignée des ACO, les résultats de cette analyse ont vocation à être comparés aux résultats des analyses précédemment décrites afin de formaliser une étude à trois niveaux (situations, processus et politiques de communication).

Cette analyse automatisée présente, tout de même, quelques limites. P. Molette (2009 : 3) souligne notamment la difficulté de la polysémie de la communication qui nécessite « *de gros dictionnaires de classification, qui ne seront jamais totalement parfaits ou exhaustifs* ». Ces derniers sont en perpétuelle évolution depuis la création du logiciel. Il cite, également, la complexité de créer un logiciel capable de résoudre seul des problèmes grammaticaux et sémantiques : à ce titre, des processus de test et d'analyse itératifs ont été mis en place lors de l'analyse automatisée, afin de pallier le plus grand nombre de biais possible. Enfin, le chercheur cite la nécessité de la reclassification personnalisée dans l'analyse sémantique avant d'interpréter les résultats, que nous avons déjà mentionnés.

L'objectif de cette section était de présenter nos procédés de recueil et d'analyse de données. Nous avons utilisé trois techniques de recueil de données différentes en fonction des méthodes utilisées sur le terrain. Pour les observations et les entretiens libres, nous sommes munies d'un journal d'observations dans lequel nous avons consigné : faits, discours,

réflexions et auto-ethnographie. Les entretiens semi-directifs ont fait l'objet d'une prise de note *in situ*, d'un enregistrement, puis chaque entretien a bénéficié d'une retranscription complète et d'une synthèse. Le corpus de texte a été compilé à partir de textes en lignes disponibles en accès libre sur le site de l'ARS et de l'ARS-RA.

Le protocole d'exploitation de données a consisté en plusieurs étapes d'analyse suivant la méthode de la théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1998). Ainsi, nous avons procédé selon un cadre où l'analyse se construit quasiment dans le même temps que le recueil de données. Le principe sous-jacent de cette simultanéité consiste à laisser émerger du terrain des faits et des éléments inattendus et marquants qui viennent nourrir l'étude. Pour ce faire, nous avons mis en place une analyse par théorisation ancrée partielle. En effet, l'intégralité de nos méthodes de travail ne donne pas lieu à une théorisation exclusivement ancrée. Au cours de nos observations, nous avons procédé à une « *codification initiale* » de nos corpus d'observation et d'entretiens. Cela signifie que nous avons attribué à chaque élément saillant des corpus un ensemble de qualificatifs et d'attributs permettant de le caractériser. Cette codification a été ajustée et enrichie, chaque jour, par les éléments nouveaux apportés par le jour suivant. Puis nous avons analysé ces corpus selon le processus de « *catégorisation* » de la théorisation ancrée. Le passage de l'une à l'autre consiste à porter les catégories de la codification initiale au niveau conceptuel. L'ensemble de ces catégories a fait l'objet d'une analyse de contenu individuelle en lien avec nos hypothèses de départ. C'est à ce titre que notre méthodologie s'éloigne de la théorisation ancrée et préfère un modèle d'« *intégration* » hybride du processus d'analyse. Plutôt que de créer une théorisation purement ancrée, nous avons recentré notre analyse empirique sur nos hypothèses de départ. Il convient de noter que toute piste surprenante par rapport aux hypothèses de départ a été soit intégrée à l'étude afin d'enrichir les hypothèses, soit ont été écartée provisoirement car un peu trop éloignée du sujet et restent à exploiter ultérieurement. Nous avons, ainsi, construit quatre catégories, et mené quatre analyses, en fonction des objectifs de nos hypothèses :

- **Les situations** : cette catégorie est composée de différents types de situations de communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007 ; Dewey, [1916] 2007 ; Lépine, 2018) présents dans les observations. Des situations à forte teneur émotionnelles (codées EMO), des situations de bricolage (codées BRICO), des situations de rationalisation (codées RATIO) et des situations de sollicitude envers les patients et les collègues de travail (codées CARE). Notre problématique induit, intrinsèquement, un zoom spécifique sur les situations de communication. Il s'agit d'identifier en situation

les dispositifs de rationalisation et leurs conséquences sur l'activité, le sens du travail et les manifestations affectives des acteurs. À ce titre, il convient de recenser et d'étudier les situations de travail qui impliquent des manifestations affectives et des éléments en lien avec la rationalisation. L'objectif de cette analyse est de caractériser les situations de travail observées et racontées par les personnels observés et interrogés, ainsi que de mettre en évidence les dispositifs de rationalisation présents *in situ* et leurs conséquences en termes de médiation symbolique.

- **Les affects** : l'objectif de cette catégorie est de créer des cartographies génériques de l'ambiance affective du quotidien de travail des personnes observées. Ainsi, en référence aux travaux de F. Martin-Juchat (2008a ; 2014 ; 2016) sur les affects, nous sommes attachée à relever l'ensemble des manifestations affectives énoncées ou repérées sur le terrain. L'objectif de cette analyse est de mettre en évidence dans quelles mesures l'analyse des manifestations affectives en situation permet de révéler les limites de la médiation symbolique attribuée aux dispositifs.
- **Les représentations** : cette catégorie rassemble les discours et les opinions des personnels observés et interrogés sur leurs activités, les différentes formes de communication qui structurent l'organisation, l'activité de leurs collaborateurs, le rôle des TIC dans leurs métiers, et la place des affects dans l'organisation et leur activité. L'objectif de cette analyse est d'appréhender les ensembles de représentations communs à chaque groupe professionnel pour étayer l'interprétation des situations. Il s'agit de mettre en évidence les dimensions symboliques (sens, représentations, valeurs) sous-jacentes à l'activité de soignant et de quelle façon les modèles de gestion actuels mettent en difficulté ces processus de construction de sens (Viard, 2014) nécessaire à l'activité.
- **Les activités** : cette catégorie est composée de l'ensemble des tâches réalisées par les personnels observés, constituant leur quotidien. Dans la lignée des théories de l'activité, et en particulier des travaux d'Y. Clot, nous considérons que l'activité de travail est composée d'ensembles de tâches à réaliser, mais également de processus de construction de sens intersubjectifs qui permettent de s'approprier les tâches à réaliser. Dans ces conditions, il convient de confronter ses résultats à ceux de la catégorie précédente, celle des représentations. L'objectif de cette analyse est de mettre en évidence les décalages potentiels entre les tâches réalisées, qui s'inscrivent dans une dynamique de rationalisation, et les processus intersubjectifs de construction de sens qui

constituent l'activité des soignants. Selon nous, c'est ce décalage qui est à l'origine de la faillite des dispositifs.

Le corpus documentaire, quant à lui, a fait l'objet d'une analyse de discours semi-automatisée à l'aide du logiciel Tropes. Il s'est agi pour nous de nous intéresser aux éléments symboliques présents dans le discours faisant de celui-ci un dispositif de communication sociale et linguistique (Maingueneau, 2012). À ce titre, nous avons fait l'hypothèse que les discours portés par les hautes institutions publiques de santé sur la question de la modernisation et du système de soin, pouvaient être considérées comme des dispositifs adossés au NMP et ainsi nous donner accès aux éléments symboliques pour assurer sa diffusion auprès des personnels de santé. Dans cette perspective, l'analyse sémantique proposée par le logiciel Tropes nous a paru pertinente dans la mesure où celui-ci permet notamment de mettre en évidence les principaux thèmes et acteurs du texte, la structure des relations qui les lie et la hiérarchie de ces relations au moyen de dictionnaires, de réseaux sémantiques et de scénarios d'interprétation sémantique (Molette, 2009 ; Molette et Landré, 2011).

Synthèse des acquis

En conclusion de ce chapitre, il convient de rappeler que son objet est de présenter le protocole de recherche mis en place pour appréhender notre terrain. Il s'est ainsi agi de présenter nos choix, notre organisation et les étapes de réalisation de celui-ci. Cela nous permet, à la fois, de présenter notre terrain comme un processus actif et de présenter les précautions méthodologiques nécessaires à l'ambition de notre recueil de données concernant, notamment, l'affectivité des personnels de soin.

Nous avons ainsi dédié la première section de ce chapitre à la construction du terrain de recherche. La genèse de ce terrain a la particularité de précéder l'entrée en thèse de doctorat. En effet, les prémices des conditions de la réalisation de notre terrain découlent d'un programme de recherche pluridisciplinaire antérieur, intitulé POLISOMA, dont l'objectif était de réfléchir aux rôles des émotions dans l'interprétation des situations de travail, dans la mise en œuvre d'actions et dans les interactions professionnelles et sociales. Les résultats de cette étude montrent, notamment, que les affects sont peu reconnus et traités comme une composante

subjective et intime du travail. Pourtant, les récits des cadres mettent en évidence que les manifestations affectives jouent, en fait, un rôle très important dans les processus de prise de décisions, de résolution de problèmes et dans les pratiques d'encadrement et de management. Forte des résultats du programme POLISOMA, nous avons repris contact avec les cadres de santé sensibilisés à la problématique des émotions au travail pour établir une série d'observations et entretiens exploratoires, afin de construire notre terrain. À partir des éléments mis en évidence par la phase exploratoire, nous avons fait le choix des services à observer au sein du Centre A : un service de pédiatrie et un service de neuroradiologie. La possibilité d'observer un troisième service, dans le Centre B, nous a été offerte par une prise de contact opportune, de la part d'un médecin lui aussi sensibilisé à la question des affects au travail.

La seconde section de ce chapitre avait pour objectif de présenter notre procédé de recueil et d'analyse de données. Nous avons fait le choix de trois méthodes distinctes pour multiplier les sources, favoriser la triangulation des données et limiter les biais (Denzin, 1978 ; Dumas, 2016). Chaque méthode a fait l'objet d'un type de recueil particulier : les observations ont été recueillies sous forme de journal, les entretiens sous forme de note et d'enregistrements, le corpus a été compilé à partir de textes en accès libre sur le site de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'ARS Auvergne Rhône Alpes.

Pour l'exploitation des données, nous nous sommes appuyées sur les travaux en théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967 ; Paillé, 1994 ; Strauss et Corbin, 1998 ; Paillé, 2017). À l'origine, nous avons prévu une approche du terrain à partir de nos hypothèses. En pratique, en plus de la richesse du terrain qui s'est imposée à nous, notre approche suppose un cadre intégrateur (ACO et Anthropologie par la communication affective) étayé par des hypothèses provisoires issues de la littérature et des apports empiriques de Polisoma. Nous avons donc fait le choix d'une approche du terrain par théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967 ; Strauss et Corbin, 1998) selon laquelle le recueil de données est quasiment simultané à l'analyse. Nous avons procédé, in situ, à la « *codification initiale* » de nos données selon plusieurs itérations de codage. Puis, par lectures successives, nous réalisons une démarche de « *catégorisation* » des différents éléments de codages, c'est-à-dire que nous les avons ajustés, adaptés et affinés de sorte qu'ils puissent être envisagés comme catégories conceptuelles (Glaser et Strauss, 1967 ; Paillé, 1994). À partir de cette démarche, nous avons construit quatre catégories : les situations (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007 ; Lépine, 2018), les affects (Martin-Juchat, 2008a ; 2014 ; 2016), les représentations (Viard, 2014) et les activités (Clot, 1999 ; 2008 ; Lépine, 2018).

Nous avons procédé, ensuite, à « *l'intégration* » de nos données, c'est-à-dire à la formalisation d'hypothèses de travail et de théorisation émergeant du terrain. Cependant, nous avons procédé à une intégration hybride. Nous nous sommes éloignées de la théorisation ancrée pour procéder à des analyses de contenu qui nous permettraient de recentrer notre analyse sur les hypothèses de travail élaborée dans la première partie de ce manuscrit. Ces analyses ont porté sur les relations entre émotions, tensions et valeurs au sein des situations de travail, sur l'ambiance affective du quotidien de travail des personnes observées, sur leurs activités et, enfin, sur leurs représentations à propos de leur métier, du métier d'autrui, de l'organisation et de leur contexte de travail.

Le corpus documentaire, quant à lui, a fait l'objet d'une analyse de discours semi-automatisée à l'aide du logiciel Tropes, dont les possibilités d'analyse sémantique nous ont permis de déterminer dans quelle mesure les discours portés par l'ARS, à propos de la modernisation et du système de soin, pouvaient être considérés comme des dispositifs adossés au NMP. Ainsi, nous avons pu avoir accès aux éléments symboliques engagés par ces discours, pour opérer des changements symboliques et pratiques au sein des centres hospitaliers observés.

Synthèse Partie 2 : Enjeux d'une méthodologie à la croisée des ACO, de l'anthropologie par la communication affective et de la théorisation ancrée

Notre entreprise de terrain a pour objectif d'explorer les relations entre dispositifs info-communicationnels et manifestations affectives. Ce sont des éléments complexes à appréhender. Il convient de définir ces dispositifs, de déterminer la façon dont s'expriment les manifestations affectives, les normes, ainsi que les contraintes d'activité induites par la rationalisation du système de soin, leurs conséquences sur le quotidien des soignants. Pour ce faire il convenait de faire appel à une méthodologie adaptée permettant de combiner ACO (Bouillon, 2004 ; Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) et anthropologie par la communication affective (Martin-Juchat, 2008). Ces deux approches sont sous-tendues par des principes constructivistes et compréhensifs de telle sorte que leur projet est de saisir les individus et les situations du point de vue des actions et des relations afin d'expliquer les phénomènes sociaux selon la compréhension et l'interprétation que le chercheur en a. À ce titre il nous a fallu construire une méthodologie qualitative et réflexive de sorte que nous puissions appréhender tout autant les manifestations affectives que et les dispositifs.

Dans le premier chapitre, nous avons détaillé le cadre théorique de notre méthodologie. Il s'est agi de montrer dans quelles mesures étudier les affects en organisation relevait de l'anthropologie par la communication affective (Martin-Juchat, 2008) et de justifier cette perspective anthropologique (Jousse, 1974 ; 1975 ; 1978 ; Le Breton, 1990 ; Winkin, 2001 ; 2016 ; Martin-Juchat, 2008 ; 2014 ; 2016). Puis, de présenter les principes et les enjeux d'une combinaison entre les ACO et l'anthropologie par la communication affective proposés par A. Dumas (2016, 2018). L'objectif d'une ACO est d'appréhender l'organisation selon les dimensions communicationnelles qui la traversent (les situations, les processus et les politiques de communication) et d'en donner à voir l'articulation (Bouillon, 2004 ; Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007). L'anthropologie par la communication affective s'appuie sur les travaux en anthropologie de la communication (Winkin, 2001 ; 2016) et en anthropologie du corps (Le Breton, 1990 ; Jousse, 1974 ; 1975 ; 1978) afin de mettre en évidence les procédés et les conséquences des dynamiques de normalisation affective des corps et des individus. Selon la A. Dumas (2016), les manifestations affectives se rendent visibles dans leur dimension sociale et communicationnelle, car elles ont vocation à provoquer une interaction. À ce titre, les

émotions peuvent être envisagées comme « *objets de médiations* » et de « *médiatisation de stratégies de communication* ». Dans cette perspective, s'intéresser à la façon dont les acteurs « *semiotisent* » les émotions, permet au chercheur de mettre, notamment, à jour, les enjeux de normalisation et de codification affective des organisations au sein desquels ces affects s'expriment. La sémiotisation des émotions est un concept que l'on trouve dans les travaux de Micheli (2013) qui propose une typologie des émotions (dites, montrées, étayées) permettant à Dumas (2016 : 211) de construire une méthode d'observation propice au repérage de manifestations affectives en situation de travail.

En ce qui concerne notre travail, la méthodologie a pour objectif de proposer une interprétation compréhensive des organisations observées et de rendre compte des tensions existantes, grâce à l'appréhension des manifestations affectives selon trois niveaux de communication (les situations, les processus via les dispositifs et les politiques de communication). La nature complexe des manifestations affectives et les méthodologies non stabilisées des SIC pour les appréhender nous ont poussé à admettre une conception du terrain comme expérience accidentée de l'exercice de recherche (Glaser et Strauss, 1967 ; Müller, Pasqualino, Schneider 2017) nécessairement influencée par notre posture vis-à-vis du sujet et du terrain (Foli, 2018). À ce titre, les enjeux principaux de ce terrain ont été la gestion des difficultés relatives l'appréhension des manifestations affectives et la prise en compte réflexive de notre implication affective dans notre terrain de recherche (Foli, 2018). Ces difficultés ont été facilitées par le, relatif, mais autant que possible assidu, maintien d'une posture empathique sur le terrain (Martin-Juchat, 2014 ; Dumas et Martin-Juchat, 2016). Cette posture a permis la construction d'une relation empathique réciproque et consentie, facilitant les observations et le projet de ressentir, repérer, consigner puis analyser les manifestations affectives en lien avec les représentations et les valeurs qu'elles manifestent – toujours dans une perspective réflexive.

Dans le deuxième chapitre, nous avons présenté notre terrain et le choix des méthodes utilisées. Nous avons souligné l'importance des précautions méthodologiques à prendre pour appréhender les affects, la première étant de croiser les techniques d'enquêtes (Denzin, 1978). Nous souhaitons mettre en évidence les tensions induites par la dynamique de rationalisation des méthodes de gestion publiques grâce à une enquête de terrain portant à la fois sur les situations, sur les processus et sur les politiques de communication. À ce titre, nous avons fait le choix de mener des observations, des entretiens et une analyse de corpus documentaire (analyse de discours). En plus d'une précaution méthodologique, l'objectif du croisement de ces méthodes et de faire dialoguer les différents résultats afin d'obtenir des réponses

transversales – entendues comme permettant d’appréhender les trois niveaux des ACO – à nos hypothèses.

Enfin, dans le dernier chapitre de cette partie, il nous a paru utile de détailler le processus de recueil et d’exploitation de données. Dans la première section, il s’est agi de présenter le processus de construction du terrain. Cette construction débute en 2015, soit un an avant l’entrée en thèse de doctorat : bénéficiant de l’opportunité de participer au programme de recherche pluridisciplinaire POLISOMA, nous avons établi un contact privilégié avec certains cadres de santé partie prenante de l’étude, que nous avons recontactés dans le cadre de notre phase exploratoire. Nous avons opéré le choix des services à observer à partir des données empiriques émergeant de la phase exploratoire : notre choix s’est porté sur un service de pédiatrie et un service de neuroradiologie (centre A). La possibilité d’observer un troisième service dans un autre établissement (le centre B), s’est présentée par l’intermédiaire du chef de service, sensibilisé lui aussi à la question des émotions au travail et souhaitant participer au processus de recherche allant dans ce sens.

Dans la deuxième section, il s’est agi de présenter les procédés de recueil et d’analyses de données. Ces dernières ont porté sur les situations de travail, les affects, les représentations et les activités des personnels observés et interrogés. Pour ce faire nous avons mis en place une démarche qui s’appuie sur le processus de théorisation ancrée (Glaser et Strauss, 1967) partielle (Paillé, 1994 ; 2017). La complexité des éléments à appréhender sur le terrain représente un enjeu majeur de cette recherche. Le protocole de théorisation ancrée a grandement orienté et structuré notre démarche méthodologique. La simultanéité du recueil de données et de l’analyse offre des opportunités de vérifications continues. Le fait de se laisser surprendre par la richesse du terrain, et de procéder à une « *codification initiale* » sur le moment, ou dans un temps très court après les observations, permet notamment de vérifier, et donc de sécuriser, quasiment en temps réel, les interprétations attenantes à nos observations. De plus, le processus d’analyse itératif permet de bien connaître son terrain et de gagner du temps dans l’exploitation des données. En effet, puisque l’analyse se fait quasiment en temps réel, les catégories conceptuelles permettant l’analyse des données émergent, par saturation, avant la fin du terrain. Enfin, nous avons procédé à une intégration hybride des résultats de notre catégorisation. L’intégralité du recueil des données a été faite sur la base d’une approche empirique. Nous avons également construit nos catégories d’analyses à partir des données qui émergeaient du terrain. Cela nous a permis de rester au plus proche des problématiques présentes *in situ*. Nous avons ensuite recentré notre analyse sur les objectifs de la recherche. Cela signifie que, partant

des données empiriques, nous avons repris nos hypothèses pour les confirmer ou les infirmer à la lumière des résultats. Cela nous a permis à la fois de répondre à nos hypothèses de travail et de mettre en évidence les éléments hors du spectre de notre cadre théorique qui viennent nourrir notre réflexion et enrichir l'étude.

Pour finir, il convient de noter que le corpus documentaire a bénéficié d'une analyse de discours semi-automatisée sous le logiciel Tropes (Molette et Landré, 2011), permettant de déterminer les thèmes récurrents présents dans les discours portés par les hautes instances de santé publique et leurs liens avec le NMP.

Le tableau suivant recense les éléments importants en lien avec notre méthodologie :

Tableau 7: Récapitulatif des objectifs du terrain et des difficultés rencontrées

MÉTHODE	QUANTITÉ	OBJECTIFS	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES
OBSERVATIONS	274H	Appréhender les ensembles de représentations présents au sein de l'organisation	Appréhender les manifestations affectives des personnes observées
		Observer les variations affectives pour mettre en évidence le travail émotionnel vécu hors discours	
		Mettre en évidence les décalages entre	

		représentation métier et esprit du travail prescrit
		Appréhender l'activité de travail des acteurs en charge du soin
		Mettre en évidence les situations de bricolages
		Faire émerger des figures d'adaptation au NMP
		Observer les variations affectives comme vecteur d'appropriation du travail prescrit
ENTRETIENS	45 dont 9 formels et 36 informels	Appréhender les ensembles de représentations présents au sein de l'organisation

		Observer les variations affectives pour mettre en évidence le travail vécu hors discours	Consentement du Directoire B à échanger
		Repérer dans les discours les tensions récurrentes engageant la notion de valeurs	
		Identifier les groupes concernés	
		Mettre en évidence les caractéristiques des groupes en question et leur façon de communiquer et de faire groupe in situ (codes de communication, codes affectifs)	
		Comparer représentations métiers avec	

		esprit du travail prescrit	
		Mettre en évidence les opérateurs du NMP	
		Identifier les tensions affectives qu'ils génèrent	
		Relever les opinions sur le contexte et les conditions de travail	
CORPUS	63 textes	Déterminer les thématiques récurrentes dans les discours portés par les hautes institutions de santé publique et analyser leur lien avec le NMP	Vérification de l'analyse semi-automatisée

PARTIE 3 :
LES COMMUNICATIONS AFFECTIVES AU
TRAVAIL EN QUESTION

PARTIE 3 : LES COMMUNICATIONS AFFECTIVES AU TRAVAIL EN QUESTION

Introduction de la troisième partie

La première partie de ce travail a été l'occasion de poser les bases théoriques nécessaires à l'élaboration puis à la reformulation progressive de notre problématique – relativement à notre démarche de théorisation ancrée. La deuxième partie, quant à elle, nous a permis de développer notre méthodologie et ses enjeux. Enfin, cette dernière partie est consacrée à la présentation de nos résultats.

Il convient de noter que ne seront présentés ici que les résultats répondant aux hypothèses de travail. Dans cette perspective nous souhaitons rappeler au lecteur la teneur de notre problématique et nos hypothèses. Nous avons vu précédemment que la diffusion d'un nouveau modèle de gestion tel que le NMP s'effectue par la mise en place de dispositifs qui assurent la fonction de la médiation symbolique entre culture du soin et exigence de modernisation et de rentabilité. Nous avons établi que ces médiations peuvent avoir des conséquences sur les soignants et leurs conditions de travail, notamment en termes d'appréhension des émotions au travail comme ressources pour l'action et la décision, par les communications affectives.

Ainsi, à partir de l'observation de ces manifestations affectives, il s'agit de mettre en **problèmes** les limites de la médiation symbolique des dispositifs. En effet, dans la mesure où il y a résistance affective visible contre le fonctionnement général de l'organisation, ces manifestations affectives révèlent, selon nous, les limites possibles de la médiation symbolique conférée traditionnellement aux dispositifs info-communicationnels.

L'**hypothèse principale** attenante consiste à envisager ces manifestations affectives comme indices des limites de la médiation symbolique traditionnellement conférée aux dispositifs.

Cette hypothèse est subdivisée en deux sous hypothèses :

Sous-hypothèse 1 : Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail.

Sous-hypothèse 2 : Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmente sa dimension communicationnelle.

À la suite de notre travail de terrain et de la condensation des données récoltées, nous avons procédé à leur analyse en fonction de ces hypothèses de travail. Nous avons procédé à leur découpage, en plusieurs propositions, afin d'en dégager les éléments et les concepts principaux. Par la suite, nous avons trié nos résultats, afin de ne présenter aux lecteurs que les données constituant une valeur ajoutée pour répondre à celles-ci. Ainsi, nous avons dégagé trois axes d'analyse : les dispositifs, les situations et les limites des dispositifs en situation.

Le premier chapitre est consacré aux dispositifs et aux limites de leur fonction de médiation symbolique. L'objectif est d'identifier les dispositifs info-communicationnels adossés au NMP. Afin de pouvoir répondre à la question des limites des dispositifs, il nous semblait important de recenser dans un premier temps les dispositifs en question, les principes macro sous-jacents à leur existence et les principes qu'ils sont chargés de véhiculer in situ, pour l'activité des soignants. La logique voudrait que ces principes sous-jacents et véhiculés soient corrélés, il nous appartient de le vérifier. Si, au cours du premier chapitre, nous faisons également mention de la nature de ces dispositifs, il convient de noter que nous ne nous sommes volontairement pas concentrée sur celle-ci en tant que telle. Il nous semblait plus intéressant de les envisager dans leur manifestation et leur articulation à trois niveaux : les situations, les processus et les discours (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2008). Ainsi, à partir des situations de travail des agents observés, de nos entretiens et de notre analyse de corpus, nous présenterons une synthèse des opérateurs du NMP observés, les dispositifs attenants, leurs manifestations sur le terrain et les limites qu'ils rencontrent dans leur fonction de médiation symbolique. Nous verrons, notamment, comment les dispositifs entrent en conflit avec le sens du travail et les manifestations affectives des soignants.

Le deuxième chapitre concerne les situations : il s'agit ici d'identifier les situations à forte teneur émotionnelle et de faire en lien avec les dispositifs info-communicationnels adossés au NMP. À partir des résultats précédents, nous verrons notamment comment la faillite des dispositifs se produit, précisément, au niveau affectif. Notre méthodologie nous permet de

mettre en évidence les dimensions symboliques (valeurs, représentations) qui structurent les organisations et le rôle des affects dans les processus de normalisation et de rationalisation. Ainsi, à partir de l'analyse de nos observations et des discours, nous avons procédé à une cartographie du contexte affectif global des trois services observés. Nous présenterons, également, les principaux résultats de notre analyse de contenu et de discours (observations et entretiens) sur les situations. Nous présenterons également dans ce chapitre les principaux résultats de notre auto-ethnographie affective qui apporte, il nous semble, des résultats intéressants sur le processus d'appropriation du terrain et des données par le chercheur. À partir des situations précédemment citées, l'objectif est de mettre en évidence le lien entre manifestations affectives et limites des dispositifs.

Enfin, à partir de nos résultats, nous proposerons une ouverture à la discussion sur les communications affectives comme ressource individuelle et collective. Nos résultats mettent notamment en évidence qu'elle permet de faciliter la résolution des situations et qu'elle permet de réguler les contingences matérielles, symboliques et techniques et la façon de faire face à ces contingences en situation de travail. Des enjeux inattendus qu'il convient d'explorer.

CHAPITRE 1 : Dispositifs info-communicationnels et activité des soignants. Les limites de la médiation symbolique.

L'objet de ce premier chapitre de notre dernière partie dédiée à la présentation de nos résultats est d'exposer les éléments que nous avons réunis à propos des dispositifs info-communicationnels. Ceux-ci se définissent comme la résultante d'un objectif, d'une rationalité, et d'un ensemble de concrétisations plus ou moins organisées et organisantes. Cette perspective sur les dispositifs postule une forme d'agentivité de ces derniers. L'agentivité fait référence à une conception de l'organisation comme imbrication de différentes formes d'interaction humaines et non humaines, formant un réseau à la fois social et technique (Cooren, 2004 ; Callon et Latour 2006 ; Morillon, 2009). Cette conception est développée par le courant de la Communication Constitutive des Organisations (CCO). Selon cette perspective, tout élément qui entre en interaction avec un autre dans le but de réaliser les objectifs de l'organisation devient acteur et contribue activement à la structuration de l'organisation. Dans ce sens, les objets, les outils et les dispositifs agissent sur l'organisation et permettent la diffusion des éléments symboliques nécessaires au processus d'organisation. À ce titre ils sont en charge de concrétiser les intentions portées par les objectifs précédemment cités. L'ensemble des concrétisations manifestes des dispositifs adossés au NMP sont organisantes, car elles sont sous-tendues par des rationalités qui répondent à aux intentions et aux objectifs de celui-ci. À ce titre, on peut les considérer comme opérateurs du NMP – au sens d'éléments non humains permettant l'accomplissement et le maintien de l'efficacité productive de l'organisation à partir des principes et des objectifs du NMP.

Ces opérateurs sont observables à partir de leurs manifestations en situation. Il s'agit ici de présenter les dispositifs que nous avons identifiés à travers notre exploitation de données. Pour les identifier, nous avons combiné deux analyses. Premièrement, à partir de travaux d'auteurs de référence sur le sujet du NMP, notamment en lien avec le secteur de la santé (Lascoumes, Le Gales, 2002 ; Bèzes, 2008 ; Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009 ; Gardère, 2012 ; Mayère, 2013), nous avons procédé au relevé et à l'analyse de mots-clefs en lien avec le NMP. L'objectif étant de pouvoir dégager à la fois des critères d'identification et des actions en lien avec les médiateurs du NMP dans leurs différentes analyses. Ce matériel, suite à l'analyse de nos journaux d'observation, entretiens et corpus d'analyse de discours, a

permis d'identifier ces opérateurs à partir de leur manifestation sur notre terrain et les rationalités sous-jacentes liées aux dispositifs attenants.

La première section de ce chapitre est dédiée aux principaux résultats de cette analyse de mots-clefs, ainsi qu'à la construction du tableau de synthèse ayant servi de base à l'élaboration d'une partie de l'analyse de données concernant les dispositifs. La deuxième section de ce chapitre est consacrée à l'illustration et l'interprétation de ces éléments selon les trois niveaux d'analyse identifiés par les ACO (situations, processus et discours). Nous concluons par une synthèse qui nous servira, notamment, de base pour étudier, dans le deuxième chapitre de cette partie, les différents liens relevés entre situations, émotions et dispositifs info-communicationnels.

Section 1 : Objectifs du NMP, manifestations *in situ* et identification de dispositifs info-communicationnels

Cette première section a pour objectif de présenter les résultats de l'identification des dispositifs info-communicationnels de notre terrain. Comme indiqué en introduction, nous souhaitons rappeler que, si elle est mentionnée, nous ne nous sommes volontairement pas concentrée sur la nature des dispositifs en question, car il nous semblait, dans le contexte de notre étude, plus intéressant de les envisager dans leurs manifestations et leur articulation à trois niveaux : les situations, les processus et les discours. Afin de pouvoir dresser la liste des opérateurs du NMP observés, il a fallu en amont déterminer des critères de définition de ceux-ci. Pour mémoire, nous entendons ici le terme d'opérateurs au sens d'éléments non humains et dispositifs permettant l'accomplissement des principes du NMP sur le terrain. Afin de déterminer ces critères et principes, nous sommes parties de travaux de chercheurs en SIC sur Nouveau Management Public, gestionnarisation et milieu hospitalier (Lascombes, Le Gales (2002) ; Bèzes (2008) ; Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009 ; Gardère, 2012 ; Mayère, 2013). Nos lectures successives ont permis de déterminer une certaine redondance dans la définition et la caractérisation du NMP à partir de ses objectifs les plus saillants. À ce titre, nous avons procédé à une analyse de ces articles et chapitres d'ouvrage afin de relever les mots-clefs significatifs de la caractérisation de ces objectifs. Nous sommes, à ce titre, partie du postulat que la redondance des objectifs et actions liées au NMP, dans ces travaux, constitue une forme de constante dans la manifestation du déploiement du NMP au sein de différents terrains. Par extension, cela nous permettrait d'identifier les opérateurs du NMP dans notre propre terrain.

Nous commencerons par la définition du NMP d'E. Gardère dans son article « Institution communicante et nouveau management public » publié dans *Communication et Organisation*, 41, 2012. Cet article a l'avantage de proposer à la fois une définition claire, une analyse SIC des enjeux du NMP et une description historique de son implantation en France. Ensuite nous traiterons des travaux de P. Lascoumes et P. Le Gales (2002) et de P. Bèzes (2008) traitant plus particulièrement du phénomène de modernisation et de réorientation de l'activité publique vers le soutien à la productivité, nous permettant, notamment, de faire le lien avec la dynamique de radicalisation de la modernité qui s'étend à toutes les sphères d'activité, décrite dans l'ouvrage de F. Martin-Juchat et A. Staii (2016). Enfin, à travers les travaux de Mayère (2013) et Mayère, Grosjean et Bonneville (2009), nous mettrons en évidence les éléments de caractérisation du NMP et les actions liées à l'augmentation de la performance dans les systèmes de santé.

Ainsi, dans son article intitulé « Institution communicante et nouveau management public » publié dans *Communication et Organisation* en 2012, E. Gardère définit le NMP comme un « ensemble d'actions dans une organisation publique répondant à des méthodes et devant atteindre des objectifs avec une planification et un contrôle » (Gardère, 2012). Elle explique, notamment, dans cet article, qu'il s'agit d'une reconfiguration de la gestion du service public et de ses modes de communication. Il fait émerger de nouvelles règles et de nouvelles normes dans l'esprit d'une gestion plus citoyenne, délibérative et participative. Les lois permettant la mise en place de ce modèle s'articulent autour des principes de décentralisation, de modernisation et d'une gestion axée sur la diminution des dépenses publiques en assurant un contrôle accru de la qualité des prestations.

Nous avons donc relevé et consigné les mots-clefs : *objectifs, planification, contrôle, normes, règles, gestion citoyenne, délibérative, participative, décentralisation, modernisation, diminution des dépenses et qualité.*

Lascoumes, Le Gales (2002) et Bèzes (2008) explicitent les tendances de modernisation de la gestion publique, ils mettent en évidence le principe de production en vue d'un gain de productivité et de la réorientation de l'action publique vers le soutien à la productivité. Selon les auteurs, cela se traduit par la suppression des postes de fonctionnaires, l'informatisation des tâches, la décentralisation, la concentration des services et l'accroissement de la charge de travail des agents. Ils mettent également en évidence le rétrécissement du périmètre d'intervention des pouvoirs publics avec la mise sous condition des ressources d'allocation, la

privatisation de certains services et comme conséquence courante la baisse de la qualité des prestations.

Ici, nous avons relevé les mots clefs : *moderniser, gains de productivité, suppression de postes, auxquels nous ajoutons corollairement manque d'effectif, informatisation des tâches, concentration des services, accroissement de la charge de travail, mise sous condition des ressources, privatisation, soutien à la productivité.*

Enfin, A. Mayère (2013) explique que la multiplication des réformes vise une augmentation de la performance (Denis, 2002) des systèmes de santé, en s'appuyant notamment sur les logiques gestionnaires. Elle mentionne, notamment, le déploiement de la tarification à l'activité (T2A), dans le but de maîtriser les risques de la qualité des soins et de mieux maîtriser les ressources allouées aux systèmes de soin. Elle mentionne, également, les cadres de certification des établissements, des professionnels et d'évaluation des pratiques professionnelles. Ceux-ci entraînent la multiplication de normes, réglementations, préconisations de bonnes pratiques et protocoles sous-tendus par des principes managériaux d'optimisation de processus et d'amélioration continue de la qualité. À ce titre, elle met en évidence le postulat sous-jacent de ce modèle de gestion, selon lequel « *les organisations de santé pouvaient, mutatis mutandis, s'apparenter à des organisations industrielles. Le new public management a ainsi été promu pour augmenter la performance des établissements hospitaliers.* » (Mayère, 2013 : 101).

Dans le même esprit, A. Mayère, S. Grosjean et L. Bonneville (2009) mentionnent l'organisation des activités de soin par pôles de compétences et le développement des réseaux de soin comme dispositifs enjoignant à la collaboration et à la recomposition de situations de travail au travers d'échanges informatisés. Les chercheurs interrogent, également, l'accréditation qualité comme support de diffusion d'une nouvelle culture organisationnelle. Dans une perspective de rationalisation, elle procéderait par acculturation des équipes projet – souvent un peu loin du soin –, aux valeurs et croyances de la démarche qualité, entendue dans son sens gestionnaire (Ogien, 2009). A. Mayère (2013) explique que les modèles de gestion publique récents sont sous-tendus par l'idéologie du « lean management ». Fondée sur une logique d'optimisation, cette idéologie a des conséquences importantes en termes de communication et d'organisation. Elle consiste à inciter les agents à prévoir et enchaîner efficacement les tâches (Bonneville, Grosjean, 2012). Dans le même temps, elle promeut une conception « *essentialiste* », écrit Mayère (2013 : 101), de l'information et de la communication, réduites à l'échange automatisable de données concernant les patients. Par

exemple, le dossier patient informatisé et le déploiement généralisé de systèmes informatisés pour encadrer les échanges entre soignants.

De ces travaux, nous avons relevé les mots-clefs : *gestion, T2A, certification, évaluation, normes, réglementations, protocoles, optimisation, amélioration continue, qualité, standards de bonnes pratiques, lean management, efficacément (efficacité), dossier patient informatisé, organisation par pôles, réseaux de soin, systèmes d'information, accréditation qualité.*

Les mots-clefs relevés ont ici un intérêt méthodologique. À partir de ceux-ci, il s'agit de construire un tableau de références, composé de regroupements sémantiques nous permettant *in fine* l'identification des opérateurs du NMP dans notre terrain. Par exemple, les mots *planification* et *contrôle* reviennent souvent. À ce titre, dans l'analyse de notre terrain, nous avons été particulièrement attentive aux situations faisant mention d'une action de planification et/ou de contrôle.

Voici la synthèse des mots-clefs relevés : *objectifs, planification, contrôle, normes, règles, gestion citoyenne, délibérative, participative, décentralisation, modernisation, diminution des dépenses, qualité, moderniser, gains de productivité, suppression de postes, manque d'effectif, informatisation des tâches, concentration des services, accroissement de la charge de travail, mise sous condition des ressources, privatisation, soutien à la productivité, T2A, certification, évaluation, normes, réglementations, protocoles, optimisation, amélioration continue, qualité, standards de bonnes pratiques, lean management, efficacément (efficacité), dossier patient informatisé, organisation par pôles, réseaux de soin, systèmes d'information, accréditation qualité.*

Nous avons ensuite procédé à un tri de ces mots-clefs selon qu'il s'agissait de critères d'identification ou d'actions en lien avec les dispositifs étudiés, déjà mis en évidence par les auteurs :

Tableau 8 - Synthèse des mots clefs permettant l'identification des opérateurs du NMP

Critères d'identification	Actions en lien avec les dispositifs identifiés/étudiés par les auteurs
Objectifs, planification, contrôle, normes, règles, gestion citoyenne, délibérative, participative, décentralisation, modernisation, diminution des dépenses, qualité, moderniser, gains de productivité, manque d'effectif, accroissement de la charge de travail, optimisation, amélioration continue, qualité, lean management, efficacité (efficacité)	Suppression de postes, informatisation des tâches, concentration des services, privatisation, soutien à la productivité, T2A, certification, évaluation, normes, réglementations, protocoles, standards de bonnes pratiques, dossier patient informatisé, organisation par pôles, réseaux de soin, systèmes d'information, accréditation qualité

À la suite de l'élaboration de ce tableau, nous avons procédé à une relecture de nos journaux d'observation, de nos entretiens et de notre corpus en relevant les situations ayant trait à ces critères ou mentionnant ces éléments. Nous avons, donc, entrepris l'élaboration d'un tableau de synthèse des objectifs mis en évidence par cette relecture. Il est composé comme suit :

Objectifs du NMP	Manifestation <i>in situ</i>	Rationalité
Objectifs mis en évidence par l'analyse de mots-clefs	Actions observées sur le terrain correspondant à l'objectif précédemment mentionné	Quelle rationalité sous-jacente au dispositif (Foucault, 1975) soutient la manifestation <i>in situ</i> ?

La première colonne synthétise les résultats du tableau précédent (Tableau 8), la deuxième est constituée d'exemples de notre terrain. Ainsi, la difficulté principale de ce tableau

se pose surtout en termes de qualification des dispositifs. Il convient donc d'explicitier les ressorts de cette qualification.

Nous avons croisé deux bases de références pour établir ces critères : notre définition de référence pour le terme dispositif (Foucault, 1975) et les rationalités sous-jacentes au NMP. La première consiste à définir un dispositif comme « *ensemble résolument hétérogène de discours, d'institutions, d'aménagements spatiaux, de supports physiques, de règles de relations et nature du lien entre ces éléments* » (Foucault, 1976 : 299 – 300), nous y reviendrons. Pour la seconde, nous nous sommes appuyées sur les travaux de Bèzes (2005), Groleau et Mayère (2009) et Gardère (2012).

P. Bèzes dans « Le renouveau du contrôle des bureaucraties: L'impact du New Public Management. », publié dans *Informations sociales* en 2005, propose une réflexion sur le succès croissant de la « *culture d'audit et du renforcement des contrôles qui l'accompagne* » alimentée par la « *doctrine* » du NMP. Il détaille ainsi comment les différentes institutions, chargées du déploiement de cette « *doctrine* », multiplient les actions et les dispositifs visant à auditer, inspecter, réguler, évaluer et surveiller et renforcent « *la création de nouvelles bureaucraties de contrôle* ». Ainsi, selon P. Bèzes (2005), une des rationalités sous-jacentes du NMP réside clairement dans la notion de **contrôle**.

E. Gardère, dans « Institution communicante et nouveau management public » publié dans *Communication et Organisation* en 2012, écrit notamment :

« *Depuis la loi de décentralisation (1982), la loi organique relative aux lois de finance (LOLF, 2001), et plus largement la Révision Générale des Politiques Publiques (RGPP, 2007), des réformes touchent l'action publique. L'ambition étatique est de la rendre plus efficace en développant une culture de la performance et de l'évaluation. Le nouveau management public (NMP) est le levier de ce projet gestionnaire dans un contexte de crise politique, financière et économique (1994, 2008).* »⁸⁷

Les parties que nous avons mises en gras décrivent, selon Gardère (2012) les objectifs adossés au déploiement du NMP qu'elle caractérise également de « *projet gestionnaire* ». Nous avons

⁸⁷ C'est nous qui mettons en gras.

vu dans la première partie le lien entre rationalisation et efficacité, performance et évaluation (Boltanski et Chiapello, 1999). Selon nous, l'auteure met, ici, en évidence, deux rationalités sous-jacentes au NMP : l'**optimisation** des activités et leur appui par le contrôle de **gestion**.

Envisager le contrôle de gestion comme rationalité est également étayé par les travaux de C. Groleau et A. Mayère (2009) dans « Médecins avec ou sans frontières : contradictions et transformation des pratiques professionnelles » publié dans *Sciences de la société* en 2009. Les chercheuses ont travaillé sur les processus de rationalisation de l'activité des médecins. Elles ont remarqué notamment que la standardisation des pratiques, induite par la rationalisation des activités de soin, s'inscrit paradoxalement dans un contexte d'activité induisant une négociation quotidienne, plaçant les managers dans des situations d'ambivalence professionnelle. En référence à Moisdon (1997), Boussard (2001) et Bazet et al. (2008) elles mettent également en évidence la prévalence du rôle structurant des « *instruments de gestion* » dans ces processus de rationalisation. Elles écrivent (§1)⁸⁸ :

« Ces instruments évaluent les activités de façon de plus en plus fine, par le biais d'outils dédiés, tels que les ERP ou PGI qui visent à articuler dans un même système technique informationnel les supports de l'action et de son suivi gestionnaire ».

À partir de ces travaux (Bèzes, 2005 ; Groleau et Mayère, 2009 ; Gardère, 2012) nous avons déterminé trois types de rationalités sous-jacentes au NMP : l'**optimisation**, le **contrôle** et la **gestion**. Par extension, nous partons du principe qu'il existe nécessairement des dispositifs attenants et nous sommes servie de ces trois qualificatifs pour catégoriser nos dispositifs.

Qu'entendons-nous par dispositif de rationalisation, de contrôle et de gestion ?

- **Dispositifs d'optimisation** : nous entendons par dispositifs d'optimisation tout élément d'une organisation préalable de l'action selon des principes rationnels, afin d'obtenir le maximum de rendement avec un minimum de coût. Il s'agit ici de s'intéresser à des dispositifs dont l'idéologie sous-jacente, fondée sur des théories économiques, influence les pratiques d'organisation et de gestion (Boltanski et Chiapello, 1999).

⁸⁸ GROLEAU C., MAYERE A., « Médecins avec ou sans frontière : contradiction et transformation des pratiques professionnelles », *Sciences de la société*, 76 | 2009 [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/sds/9191>> (consulté le 20/08/2021)

Corrélativement au lien entre NMP et « *radicalisation de la modernité* » (Martin-Juchat et Staii, 2016) nous portons une attention plus particulière aux dispositifs qui véhiculent des injonctions d'efficacité, de performance, de rentabilité, d'amélioration et de modernisation notamment via la communication managériale et institutionnelle.

- Dispositifs de contrôle : ceux-ci font référence aux travaux de Foucault (1975) sur la gouvernementalité. Nous entendons par dispositifs de contrôle tout élément d'une organisation préalable de l'action où s'exerce, à partir du regard et du discours, le contrôle des corps en vue d'une utilisation économique. De nos jours, le principe de contrôle des corps par la surveillance, développé par Foucault (1975), est largement diffusé dans nos systèmes de représentation et reproduit à diverses échelles comme fondement de nos organisations. Les principes de « *l'institution coercitive* »⁸⁹ de Foucault appuient l'idée que le corps de chacun est au cœur des enjeux de l'exercice du pouvoir. Or, selon Foucault, le corps n'est force utile que s'il est à la fois productif et assujéti. Il développe alors le concept de « *technologie politique du corps* » (Foucault, 1975 : 34) dont le principe est une connaissance très fine du corps par l'appareil

⁸⁹ Dans son ouvrage *Surveiller et Punir* (1975), Michel Foucault étudie les conditions de possibilité sociologiques et historiques de l'existence des dispositifs de contrôle au sein de nos sociétés. Elles sont intéressantes de notre point de vue, car elles détaillent les origines de l'importance des normes, des représentations et du contrôle dans nos sociétés. Ses travaux sont encore aujourd'hui, plus que d'actualité. Ainsi, la multiplication des dispositifs de contrôle adossés à la radicalisation de la modernité (Martin-Juchat et Staii, 2016) trouverait son origine coercitive dans la transformation progressive de notre relation à la surveillance et à la punition et dans son rapport à l'existence sociale et à la production. À travers son travail sur la « *punition* », il explique notamment qu'entre la fin du XVIIIe et le début du XIXe, le corps supplicié ne représente plus un enjeu disciplinaire intéressant et disparaît comme spectacle public de répression pénale, considéré comme hypocrite parce que dénonçant les crimes par la violence. La peine se transforme en acte de procédure ou d'administration. Cachée, la punition entre dans le champ de la conscience abstraite et l'acte de condamnation, comme publicisation de la faute morale sous forme de débat et de jugement, est censé marquer le condamné plus que la peine elle-même. Foucault explique que c'est alors sur la leçon, le discours et la redondance pédagogique que s'appuie la loi et non plus sur la punition des corps. Si les peines physiques existent toujours, la réclusion notamment, il s'agit de toucher par ailleurs à la liberté comme droit et bien, d'atteindre la vie plutôt que le corps et de développer une « *pénalité de l'incorporel* » (Foucault, 1975 : 23). Cela signifie que les peines ne sont plus là pour sanctionner le corps, mais pour contrôler l'individu, corriger ses tendances criminelles. Il explique par la suite (Foucault, 1975 : 33) que le principe de cette coercition symbolique s'est largement diffusé jusqu'au développement d'une économie servile, qu'il nomme « *esclavage civil* ». L'idée est de mieux contrôler les citoyens pour obtenir plus de main-d'œuvre et de production. Il souligne pourtant que paradoxalement, on a préféré enfermer les délinquants pour les corriger plutôt que de les forcer à produire : selon lui c'est pour cultiver le lien entre pouvoir et liberté, ceux qui sont punis sont privés de pouvoir. Il écrit : « *La prison devient une sorte d'observatoire permanent qui permet de distribuer les variétés du vice ou de la faiblesse* » (Foucault, 1975 : 149) la « *cité punitive* » d'avant le XIIIe siècle devient « *institution coercitive* » avec trois manières d'organiser le pouvoir de punir : « *la punition et le châtement comme cérémonial de souveraineté* », « *la punition comme une procédure de requalification du sujet* » et « *le projet carcéral de coercition et de dressage des corps* ».

politique et un assujettissement par la multiplication de dispositifs de contrôle permettant une mise en réseau des corps au service de la production. C'est notamment à ce titre que cette gouvernamentalité serait à l'origine de la conception moderne de fonctionnement de notre système social fondé sur la sur-responsabilisation de la personnalité publique et le jugement. Le contrôle peut également s'exercer sur l'engagement des personnes via des dispositifs de reconnaissance, rémunération, etc.

- Dispositifs de gestion : ces derniers font référence aux travaux de Moisdon (1997). Dans son ouvrage *Du mode d'existence des outils de gestion. Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Moisdon met l'accent sur l'articulation entre les processus de rationalisation et de contrôle au moyen d'outils de gestion dans les organisations. Il écrit à ce propos (1997 : 1) :

« De nombreux auteurs insistent sur l'idée que les entreprises (!) ne sont pas seulement constituées d'humains, d'objets, mais aussi de savoirs et de règles, donc d'informations permettant de juger de la façon dont elles fonctionnent et donc d'orienter les comportements et les choix. Or, ces informations sont le plus souvent combinées entre elles pour former des synthèses manipulables, selon des modalités extrêmement diverses, conduisant par exemple à des indicateurs, des tableaux de bord, des plannings, des modèles de production, des prévisions etc. A ces formalisations de l'activité organisée, de ce qu'elle est ou de ce qu'elle sera, ou encore de ce qu'elle devrait être, nous conviendrons d'attribuer le terme d'outils de gestion. En somme, nous utiliserons cette dénomination dès que nous aurons affaire à un ensemble de raisonnements et de connaissances reliant de façon formelle un certain nombre de variables issues de l'organisation, qu'il s'agisse de quantités, de prix, de niveaux de qualité ou de tout autre paramètre, et destiné à instruire les divers actes classiques de la gestion, que l'on peut regrouper dans les termes de la trilogie classique: prévoir, décider, contrôler. »

À partir de cette définition, nous entendons par dispositifs de gestion tout élément d'une organisation préalable de l'action projetant et induisant des actes et des outils classiques de gestion selon « *la trilogie classique : prévoir, décider, contrôler* ».

Ces trois rationalités sont imbriquées et interdépendantes. Elles s'articulent *via* le dispositif. C'est pourquoi, par exemple, dans notre tableau de synthèse (Tableau 9) certaines situations font mention de deux ou trois types de rationalités. Cependant, nous prenons le parti de les différencier tout de même, car chaque terminologie apporte un éclairage différent à la situation étudiée, en particulier lorsqu'il s'agira d'analyser les conséquences et les ressources face à celle-ci.

Le travail détaillé précédemment nous a donné la possibilité de construire un tableau de synthèse regroupant ainsi objectifs du NMP, manifestations *in situ* et qualification des rationalités liées aux dispositifs.

Tableau 9 - Synthèse objectifs, manifestations et rationalités du NMP

Objectifs du NMP	Manifestations in situ	Type de rationalité du dispositif
Quantification de l'activité	Traçage logiciel et production d'indicateurs relatif à l'activité (contrôle de gestion accru)	Gestion
Contrôle accru de la qualité	Réunions d'organisation (pôle, biomédicales) et multiplication des protocoles et processus qualité	Rationalisation – Gestion
	Traçage logiciel, dossier médical partagé	Gestion

Informatisation des tâches		
Accroissement de la charge de travail des agents	Gel des embauches pour réduire les dépenses, absence de remplacement, sous-effectif et augmentation de l'activité circonstancielle et/ou en vue de plus de productivité	Rationalisation
Mise sous condition des ressources	T2A et conditionnement des allocations de ressources au reporting	Optimisation
Augmentation de la performance de l'organisation	Discours efficience et qualité, pression à la rentabilité pour les services	Contrôle – Optimisation
Privatisation de certains services	Ménage et entretien des locaux confiés à des entreprises privées	Optimisation

Réorientation de l'action publique vers le soutien à la productivité	Investissements dans les activités qui rapportent financièrement, injonction à réaliser les actes de soin dans les modalités d'exercice qui rapportent le plus, augmentation des cadences de prise en charge, diminution et traçage des durées moyennes de séjour	Contrôle - Optimisation
---	--	----------------------------

Ce tableau synthétise la structure des résultats que nous avons obtenus sur la question du lien entre caractéristiques du NMP et dispositifs in situ. Les manifestations sélectionnées ne sont pas exhaustives, nous disposons dans nos journaux d'observation de plusieurs exemples pour chaque caractéristique et dispositifs. Nous avons choisi de présenter ici et dans la section suivante, les plus saillants, c'est-à-dire les plus présents dans le discours des personnes observées et interrogées. Nous pouvons observer que la majorité de ces dispositifs relèvent d'une intention de rationalisation de l'activité. Cette intention s'impose comme un fil conducteur dans la multiplication de dispositifs adossés au NMP et, nous le verrons dans la section suivante, peut être corrélée à « *l'esprit* » sous-tendu par celui-ci (Weber, 1905 | 1964 ; Boltanski et Chiapello, 1999 ; Martin-Juchat et Staii, 2016).

Cette première section avait pour objectif de présenter les résultats de l'identification de dispositifs info-communicationnels présents au sein de notre terrain. Nous avons fait en sorte de présenter notre démarche d'exploitation des données. Il s'agit d'une démarche en trois étapes. La première a consisté à déterminer les objectifs les plus saillants du NMP à partir de travaux de référence en SIC sur NMP, gestionnarisation et milieu hospitalier (Lascoumes, Le Gales (2002) ; Bèzes (2008) ; Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009 ; Gardère, 2012 ; Mayère, 2013). À partir de ces travaux, nous avons mis en évidence un certain nombre de caractéristiques que nous avons traité comme des indices pour la suite de notre exploitation de données. La deuxième étape a été de relire minutieusement nos différents corpus (observations,

entretiens, discours) à la lumière de ces caractéristiques et afin de repérer comment celles-ci se sont manifestées sur notre terrain. Comme mentionné précédemment, il ne s'agit pas d'une présentation exhaustive, mais des manifestations qui revenaient le plus souvent dans les discours des personnes interrogées et observées. Nous avons identifié cette redondance comme le signe que ces situations étaient significatives pour les personnes interrogées et portaient particulièrement à conséquences - nous détaillerons ces conséquences dans la section suivante. Enfin, nous avons mis cette corrélation caractéristique - manifestation en regard de notre définition de dispositifs afin d'identifier ces derniers et de les caractériser à leur tour. Nous avons noté une prédominance de l'intention de rationalisation des activités attenantes. Il s'agissait donc ici de mettre en regard les objectifs du NMP mis en évidence sur le plan théorique et l'identification de dispositifs que nous avons pu observer sur terrain. La démarche détaillée dans cette section avait un double objectif sous-jacent.

Section 2 : Les dispositifs info-communicationnels sont-ils vraiment opérateurs du NMP ?

La section précédente nous a permis d'articuler les caractéristiques du NMP mises en évidence sur un plan théorique et un procédé d'identification de dispositifs que nous avons appliqué à notre terrain. Dans cette section, nous souhaitons insister sur la fonction de médiation des dispositifs que nous avons mis en évidence.

Pour commencer, il convient de refaire un point sur la raison qui nous pousse à envisager les dispositifs comme opérateurs (Cooren, 2004 ; Callon et Latour 2006 ; Morillon, 2009) du NMP. Il s'agit d'un modèle de gestion publique qui porte l'idéologie d'une modernité en train de se radicaliser (Martin-Juchat et Staii, 2016) sur bien des plans. En tant que modèle, il incarne à la fois l'idéal et la méthode d'application de cette idéologie. Son déploiement au sein des différents services publics doit répondre à trois objectifs : la mise en place des plans d'action attenants à l'idéal, remplir les objectifs et, par extension, veiller au bon déroulement des plans d'action en s'assurant que le modèle soit accepté. C'est un modèle de gestion appliqué volontairement de manière homogène aux différents services publics et nous avons vu, précédemment, que la nature du service public est complexe (Chevallier, 2018). Si elle repose sur un socle de valeurs communes, les institutions qui l'incarnent en France sont nombreuses et leur mission intrinsèque ne répond pas aux mêmes objectifs, aux mêmes codes culturels et




n'incarnent pas exclusivement les valeurs du service public. Certaines sont spécifiques à la mission. Par exemple, la mission de la direction générale des Finances publiques (DGFIP) appelle bien plus ses agents à faire preuve de probité, là où la mission d'un CH appelle à mobiliser plus de sollicitude. Évidemment, il ne s'agit pas ici d'une comparaison exclusive, nous ne doutons aucunement de la sollicitude des agents de la DGFIP comme nous ne doutons pas de la probité des soignants. Pour autant, nous postulons qu'il existe une hiérarchie de valeurs au sein de toute organisation, intrinsèque à leur mission (Viard, 2014). À ce titre, l'application du NMP comme modèle global induit de déléguer son déploiement aux personnels en capacité d'assurer la transition entre l'esprit sous-tendu par le NMP et celui sous-tendu par l'organisation en question. Dans ces conditions, la dimension symbolique et culturelle de la gestion des relations humaines (Floris, 1996 ; Le Moëne, 1994) est un enjeu majeur. Cet enjeu est résolu, traditionnellement, par la multiplication de dispositifs répondant aux objectifs de l'idéologie à déployer (Foucault, 1975 ; Floris, 1996). **Dans le cas des centres hospitaliers, nous avons vu que ce sont des dispositifs de gestion, de contrôle et d'optimisation qui ont pour mission d'assurer la médiation symbolique entre l'esprit sous-tendu par le NMP et la culture d'organisation qui préexiste à son déploiement, c'est-à-dire un mélange de culture du soin et du service public.**




Il s'agit dans les paragraphes suivants, de donner des éléments qui permettent de mettre en évidence cette fonction de médiation symbolique, en illustrant à l'aide de notre terrain, les objectifs du NMP⁹⁰, mis en évidence dans la section précédente, les plus représentés sur notre terrain : la quantification de l'activité, l'informatisation des tâches et le contrôle qualité. Corrélativement à notre positionnement ACO, il s'agit pour nous de « *conceptualiser en termes communicationnels les différentes formes de coordination impliquées dans l'action collective et dans la construction sociale des organisations.* » (Bouillon, 2008 : 65). À ce titre, pour chaque objectif, les résultats suivants seront présentés en fonction des dimensions communicationnelles auxquels ils se rapportent à savoir: les situations, les processus et les politiques⁹¹.

⁹⁰ Nous avons également songé à une structuration à partir du type de dispositif, mais certaines manifestations faisant l'objet d'une caractérisation multiple il nous a semblé plus logique et plus lisible de les illustrer au cas par cas.

⁹¹ Pour mémoire, les dimensions communicationnelles présentes au sein des organisations sont définies par Bouillon (2008) comme suit :

Pour faciliter la lecture de cette section, nous avons créé une nomenclature de lecture fondée sur différents pictogrammes nous permettant de distinguer le niveau d'analyse et le type de données utilisé dans l'exemple cité.

Niveau d'analyse	Pictogramme
Situations	
Processus	
Politiques	

Type de données utilisé	Pictogramme
Extraits de journaux d'observation	
Extraits d'entretiens	
Extraits de rapport d'analyse de discours (corpus ARS)	




- **les situations** : approche située des interactions qui structurent le « *fonctionnement quotidien et les modalités de réalisation des activités* » (Bouillon, 2008 : 9). Comment passe-t-on des actes et des situations isolés à une dynamique d'organisation en groupe ?
- **les processus** : approche des rationalisations appliquées à la transmission d'informations au sein des organisations, « *saisir en quoi la transmission d'information, la communication professionnelle, la capacité à mobiliser des savoirs jouent un rôle dans l'accroissement de l'efficacité organisationnelle, mais aussi quelles en sont les conséquences humaines et sociales* » (Bouillon, 2008 : 10).
- **les politiques** : approche de la « *production de discours par les organisations en direction des publics internes et externes* » (Bouillon, 2008 : 11) qui participent de techniques d'ingénierie symbolique légitimant les transformations - notamment économiques et sociales - au sein des organisations.

La lecture des sous-parties suivantes est balisée à l'aide de ces pictogrammes, ainsi le lecteur saura quel niveau d'analyse est traité et quel type de donnée est utilisé pour illustrer notre propos.

Quantification de l'activité

Mise en évidence par de nombreux auteurs en SIC (Lascoumes, Le Gales (2002) ; Bèzes (2008) ; Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009 ; Gardère, 2012 ; Mayère, 2013 ; Lépine, 2018), la quantification, en vue de l'exercice d'un contrôle de gestion rigoureux, est une des caractéristiques les plus couramment citées dans les études sur le NMP. Elle consiste en la mise en place d'activités secondaires de traçage (*reporting*) de l'activité principale. Les indicateurs produits permettent la surveillance et le contrôle de l'activité principale par rapport à des objectifs fixés en amont.

Regroupant à la fois les activités, les méthodologies, les outils, les discours et les représentations répondant aux exigences de « *formalisation de l'activité organisée* » (Moisdon, 1997) nous avons caractérisé cette quantification comme dispositif de gestion. L'ensemble de ces éléments a pour objectif de « *juger* » le fonctionnement des organisations et d'en « *orienter les choix* » à travers la production d'indicateurs permettant de « *prévoir, décider, contrôler* ». Dans la perspective du NMP en centre hospitalier, l'objectif consiste à produire des indicateurs permettant de contrôler, optimiser l'organisation et l'activité des services. Le but est de maîtriser la qualité des prises en charge patient, des activités de chacun et les dépenses attenantes. L'objectif est régulièrement de réduire ces dépenses. Ce dispositif touche aussi bien les soignants que les cadres de proximité et les personnels médicaux en charge de missions managériales. Le tableau ci-dessous reprend les éléments de la section précédente, auxquels nous avons ajouté des exemples de situation en lien avec le dispositif. Ceci va nous permettre d'illustrer la réception de ce dispositif au niveau des situations, des processus et des politiques de communication *in situ*.

Objectifs du NMP	Manifestation in situ	Rationalité	Situations en lien avec le dispositif
Quantification de l'activité	Traçage logiciel et production d'indicateurs relatif à l'activité (contrôle de gestion accru)	Gestion	 Logiciel de décompte d'heure et double charge de travail
			 Réunion suivi de plan hivernal
			 Corpus : thématique Indicateurs



SITUATION

Logiciel de décompte d'heures et double charge de travail

Il s'agit ici de s'intéresser aux interactions entre la quantification comme dispositif de gestion et les personnels que nous avons observés, afin de déterminer dans quelle mesure ce dispositif structure le quotidien des personnels de soin et génère une dynamique d'organisation collective particulière.

Nous avons choisi deux situations extraites de nos journaux d'observation, où nous partageons le quotidien d'une cadre de santé. La cadre du Centre A est chargée d'un service de

pédiatrie et celle du Centre B d'un service de soins de suite de chirurgie et de médecine de spécialité. Nous avons partagé spécifiquement leur quotidien, respectivement, trois jours et trois jours et demi, en fonction de leur disponibilité. Lors de nos observations, nous avons pu constater que les cadres de santé sont amenés à compiler de nombreuses données (nombre d'heures travaillées, nombre de jours travaillés, taux d'occupation des lits, durées moyennes de séjour, traçage des éléments logistiques entrant et sortant, etc.). Ces données ont pour but d'illustrer de façon significative le déroulement de l'activité et le fonctionnement du service. Cela se traduit, notamment, par un suivi informatisé du nombre d'heures des soignants. Cela peut également se manifester par la production de rapports d'activités mentionnant les durées moyennes de séjours des patients et le taux d'occupation des lits sur une période donnée. Selon les services⁹², les cadres prennent également en charge le traçage des entrées et sorties matérielles, les commandes logistiques et leur suivi, l'approvisionnement pharmaceutique en collaboration avec les pharmaciens, etc.



Centre B, observation cadre de santé, Annexe n°1, p.130 :

Contexte : après avoir fait le tour du service, je suis dans son bureau avec la cadre de santé, elle me présente ses tâches quotidiennes. Nous nous arrêtons sur le logiciel de décompte d'heures.

*« Le service dont elle a la gérance compte cinquante-quatre agents. Elle me dit que **la gestion administrative de ce personnel est très chronophage**. Le logiciel de décompte d'heures est bien fait et aidant selon elle, **par contre le second**, un logiciel à partir d'excel qui sert à faire un compte rendu des heures des personnels à la direction représente une **double charge de travail et n'est pas bien fait du tout**. »*

⁹² Dans certains services, les cadres font le choix de confier cette gestion logistique aux soignants, n'exerçant alors qu'un contrôle régulier, afin de bénéficier d'approvisionnement au plus proche des besoins de l'activité. Cela induit, par contre, une charge de travail supplémentaire pour les agents.

On remarque ici que, dans le cadre du décompte des heures de travail des agents, la quantification de l'activité et le traçage des heures peuvent être pertinents pour la cadre en termes d'organisation interne. En revanche, le dispositif mis en place par la direction consistant à remplir une seconde grille de décompte d'heures pour surveiller l'activité du service pose problème. Premièrement, l'interface est inconfortable. Nous avons pu observer que la plupart des logiciels de gestion à disposition des professionnels de santé présentaient des interfaces des années 1990, qui ne conviennent ni aux pratiques actuelles en termes de nouvelles technologies ni à la fréquence d'utilisation imposée par le dispositif de gestion. Par ailleurs, dans notre exemple, on note que cette deuxième grille représente une charge de travail supplémentaire dans une gestion administrative qu'elle qualifie elle-même de « *très chronophage* », laissant à la cadre un sentiment de temps perdu.

Les activités secondaires de traçage et de reporting représentent, aujourd'hui, une grande partie de l'activité des fonctions d'encadrement (cadres de santé, cadres supérieurs de santé, médecins chefs de service, chefs de pôles, etc.) parfois au détriment de ce qu'ils estiment être le cœur de leur mission.



Centre A, observation cadre de santé, Annexe n°1, p.36

Contexte : suite à de nombreux aléas intempestifs, la cadre de santé vient de passer une partie de la journée (environ quatre heures) sur la production, la réfection et l'ajustement du planning dans le but de faire coïncider équité de répartition du temps de travail, obligations légales et aléas d'organisation.

« De retour dans le service, ■ profite de la pause repas des IDE pour leur expliquer la situation avec le couac du pool et donc le changement de planning. Une IDE fait une blague sur le fait qu'elle travaille encore sur planning en rapport avec le retard qu'elle a pris et les nombreux changements : « Bah alors, tu l'as pas encore sorti ton planning?! ». La situation est délicate, ça la stresse et elle essaye de l'expliquer le plus clairement possible pour ne pas avoir de retours négatifs a posteriori. Cette attitude agace la cadre. « On n'est pas en train de t'agresser, détends-toi. » lui répond l'IDE. De retour dans son bureau, je

sens que l'enthousiasme de la solution qu'elle avait trouvé est retombé comme un soufflet, elle attendait un retour positif et un peu de reconnaissance : l'attitude pince-sans-rire des IDE l'a mise de mauvaise humeur. [...]

*Elle ressasse: « T'as entendu ?! *singe* 'Bah alors tu l'as pas encore sorti ton planning ?!' C'est passif-agressif ça, on est d'accord ?! Quand je les tiens au courant faut que j'ai de l'humour, quand je ne les tiens pas au courant ça ne va pas. C'est le genre de trucs, si je suis fatiguée ça pourrait me faire exploser. » « Mais attention, c'est pas de la souffrance. C'est pas de la souffrance... **C'est pas de la souffrance... à force peut-être que si en fait. Faudrait qu'elles voient mes journées.** » La récurrence de la situation entraîne vraisemblablement une forme de souffrance. »*

Il convient de noter qu'en amont des observations, lorsque nous avons interrogé cette cadre sur le sens qu'elle accorde à son travail et sur ses activités, le plus saillant était de faire du lien entre les soignants et les familles, mais également avec et entre l'institution et les soignants. Entre tristesse et colère, cet exemple met en évidence la tension provoquée par le décalage entre l'effort produit pour faire le planning et sa réception. La question du planning est une des plus chargées affectivement dans les relations entre les cadres et les soignants. Notamment parce que, compte tenu des efforts exigés des soignants par la rationalisation des activités de soins, leur seuil de tolérance face aux efforts à fournir pour organiser et gérer l'activité de soin semble s'amoindrir à mesure que le temps passe. On voit, ici, que toute une partie du travail de cadre est invisible, chronophage, énergivore et fondée en partie sur l'affection que porte la cadre à ses équipes. En effet, il s'agit de mettre en place un planning le plus équitable possible – en fonction des moyens disponibles – mais aussi qui arrange le plus possible ses agents. Lorsque cet effort est nié par les agents, ça crée ici une forme de débordement émotionnel, de découragement et de désengagement. Il convient également de souligner le travail émotionnel réalisé pour ne pas s'emporter et provoquer un conflit ouvert avec l'équipe.

Il ne s'agit pas d'un exemple sporadique, la complexité de l'exercice de quantification entraîne des interactions interpersonnelles connotées par le dispositif de gestion. Cela crée des tensions et des cloisonnements entre les différents corps de métiers. Ces cloisonnements finissent, éventuellement, par structurer les échanges quotidiens (infirmières versus cadres), alors que tous se revendiquent de la même mission : prendre soin.



PROCESSUS

Réunion suivi de plan hivernal

Une fois produites, ces données sont ensuite remontées à la direction par l'intermédiaire des cadres supérieurs de santé puis présentées et commentées en réunion de fonctionnement par les managers intermédiaires. Il s'agit, ici, d'observer la façon dont la quantification comme dispositif de gestion participe de la rationalisation appliquée à la transmission d'informations au sein de l'organisation. En d'autres termes, d'envisager dans quelles mesures ce dispositif contribue à l'efficacité de l'organisation et ses conséquences éventuelles. Nous avons choisi deux situations avec les deux mêmes cadres de santé que précédemment mentionnées.



Centre A, observation cadre de santé, Annexe n°1, p.34

Contexte : le plan hivernal est un plan de gestion global des patients atteints par les épidémies et les affections spécifiques à l'hiver (orthopédie-traumatologie, pathologies respiratoires, gripes, gastro etc.). L'objet de la réunion est de faire le point sur les capacités d'accueil et les difficultés majeures rencontrées par les services dans ce cadre. Il s'agit, également, de surveiller le bon fonctionnement ou déploiement de certains dispositifs intégrés au plan hivernal.

« Elle m'emmène à la réunion de suivi du plan hivernal. Chaque service de l'■■■■ est représenté par le chirurgien du pôle, le chef de service et le cadre du service. Chaque service s'exprime sur sa situation, tour à tour. Le cadre supérieur anime la réunion et passe en revue l'activité de chaque service :

- *Pendant l'hiver, l'activité du Pôle Urgence Pédiatrique explose : « En gros 80 passages par jour avec une activité très variée. Cependant, comparé à ce que ça a*

*pu être autour de Noël et jour de l'an (150 passages/jours) on ne peut pas dire que ce soit saturé. Aujourd'hui il y a eu 100 passages dans la matinée. » « Ca ressemble à une reprise d'activité, toujours avec des activités très variées. » « La Réanimation a déjà refusé 70 prises en charge depuis le début de l'hiver. » Intervention du cadre de la **réanimation** « On essaye d'alléger les urgences comme on peut mais **on ne peut pas faire de miracles avec un service bondé** ».*

Le directeur du pôle coupe beaucoup la parole au chirurgien du Pôle Urgence en faisant notamment de l'humour sur l'épidémie de grippe qui a touché la ville et engorgé les urgences ces dernières semaines. La blague passe mal : les problèmes de places et de lits sont généralisés. Beaucoup de services ont dû même fermer des lits et/ou absorber l'activité des services engorgés pour assurer la continuité des soins, mettre en place une soupape de sécurité et éviter les tensions. Ensuite chaque cadre fait le point sur la situation de son service :

- *Pédiatrie polyvalente : le service est bien **plein** et souffre de beaucoup **d'absentéisme**.*
- *IHO : **Le contexte est « bien tendu »**. La cadre **jongle** beaucoup avec les autres services pour assurer la fermeture des lits le weekend : « Quand j'en ai un en réa et une entrée surprise, le temps de faire la chambre, je fais patienter le petit dans le couloir avec une voiturette ou des jeux. » Réponse du cadre supérieur : « Eh bah tant mieux ! Très bien ! Ça fait le job. »*
- *Réanimation : beaucoup beaucoup d'activités. « Quid de la **fatigabilité** du service ? » La cadre explique que les cas sont très lourds en réa et que donc l'équipe est épuisée même si l'activité est moins impressionnante que dans d'autres services.*
- ***Enfin, le cadre supérieur voudrait un retour sur l'embauche d'agents intérimaires et sur les astreintes pour faire tourner l'activité en plan hivernal.** Synthèse des remarques : l'intérim demande un surcroît d'encadrement sur des missions très courtes, donc les cadres posent la question du réel bénéfice de la chose. La plupart du temps les agents en intérim se retrouvent sur les tâches qu'il est possible de déléguer (ménage, accueil) mais pas sur une réelle prise en charge : les secteurs sont trop spécifiques et dans ce contexte leurs compétences de surveillance clinique laisse les cadres sceptiques. **Le cadre supérieur défend malgré tout le projet : « Les intérimaires et les astreintes servent uniquement à renforcer les équipes. C'est une***

solution d'appoint pour réguler les flux. » Intervention d'une cadre « Est-ce qu'on va pouvoir envisager des contrats longs ? », le cadre supérieur hausse les épaules, la question reste sans réponse. »

En termes d'efficacité, on remarque que la production d'indicateurs relatifs à la quantification de l'activité et leur transmission en interne permet de faire remonter un certain nombre de problématiques aux instances managériales supérieures et dans une certaine mesure d'adapter l'organisation à ces problématiques en fonction des moyens à disposition. L'existence même du plan hivernal en atteste. Créé à partir de taux d'occupation de services et de retour sur les difficultés de prise en charge pendant la période hivernale. La compilation de ces éléments a permis la création d'un plan d'action correctif au sein duquel l'activité des services les plus touchés est modulée et adaptée au flux des patients, par exemple ici avec l'emploi de soignants intérimaires.

Cependant, on remarque que la situation réelle des services déborde largement le cadre du plan hivernal. Il s'avère intéressant sur le principe, mais reste malgré tout insuffisant, voire dans le cas des intérimaires, coûteux en termes de temps de formation, d'encadrement et de surveillance. De plus, l'intégralité de cet échange laisse une impression de monologue. Tout se passe comme si les cadres des différents services énuméraient leurs difficultés, sans retour de la part des cadres supérieurs et chefs de pôles. Cette réunion s'inscrit dans un quotidien très chargé pour tout le monde, il est compréhensible qu'elle soit menée rapidement. Cependant, encore une fois, il ne s'agit pas d'une situation isolée. On peut alors envisager la frustration des cadres qui produisent des indicateurs et remontent des difficultés aux instances managériales supérieures sans retour de leur part et – on le voit bien à la fin de l'échange – sans possibilité de projection dans l'avenir sur une sortie de gestion précaire.

En termes de processus, on touche ici une limite de la quantification comme dispositif de gestion : sans réponse ou retour satisfaisants de la part des instances dirigeantes, le dispositif perd en légitimité et sa force de conversion, laissant un sentiment de perte de temps et de perte de sens. Perte de temps, dans le sens où la production d'indicateurs représente une charge de travail supplémentaire, sans contrepartie satisfaisante et perte de sens dans la mesure où cette quantification de l'activité peut, occasionnellement, se retourner contre les cadres et les services, en cas de non-conformité aux attentes de la direction. Ceci vient confirmer notre hypothèse selon laquelle la fonction de médiation symbolique des dispositifs se heurte aux

manifestations affectives des soignants. Ici c'est l'insatisfaction chronique des cadres qui est à l'origine de la perte de crédibilité du dispositif. Ce fait est encore plus parlant dans la situation suivante :



Centre B, observation cadre de santé, Annexe n°1, p.137

Contexte : j'interroge la cadre du Centre B sur ses activités et ses relations avec la direction.

« Elle me précise d'elle-même qu'elle va peu aux réunions institutionnelles, de pôles, etc.

« **C'est toujours les mêmes récriminations contre le service et la façon dont on travaille** 'Et vos DMS⁹³ et blablabla', les chefs de services parlent uniquement de leurs projets... **J'ai pas que ça à faire.** » »

On observe ici que les « récriminations », vraisemblablement répétées, de la direction ont entraîné chez cette cadre de santé une forme de rupture des liens de communication et une limitation volontaire de la dimension processuelle de la communication entre son service et les instances managériales. Pour elle, la réalisation de l'activité à l'échelle des soignants et des patients prévaut sur la gestion à l'échelle du centre hospitalier. Dans ce cas, le dispositif de gestion comme opérateur du NMP n'est même plus en état limite, mais en rejet partiel. Partiel tout de même, car il reste une part d'appropriation du dispositif pour assurer le bon fonctionnement de son service en interne et pour respecter les règles de traçage et de reporting *a minima*. Pour autant, elle a pris la décision de favoriser l'activité en se coupant des rappels à l'ordre fondés sur un principe de rationalisation. Cela entraîne, en termes de conséquences sociales et humaines – dans le cas de cette cadre – de l'incompréhension, voire de la distanciation interprofessionnelle et des cloisonnements communicationnels entre différentes strates hiérarchiques. *A contrario*, pour les cadres qui font le choix de respecter l'exercice et de recevoir ces remarques sur les performances de leur service, on peut observer un climat persistant de stress dans la gestion des activités. Pour les cas les plus inquiétants, on peut

⁹³ Durées Moyennes de Séjours

observer également une forme d'isolement du cadre de ses équipes et une gestion au plus proche du respect des indicateurs, parfois au détriment de la tolérance et de la bienveillance attendue par les agents.



DISCOURS

Politique nationale de santé concernant la production d'indicateurs

La création et la mise en place de dispositifs de gestion, tels que la quantification, répondent à des objectifs en lien avec les objectifs et les rationalités sous-tendus par le NMP. Ce sont des objectifs, notamment, en termes de diffusion du modèle, de déploiement de plans d'action et d'acceptabilité de l'ensemble. L'enjeu est alors de construire des discours qui alimentent de façon satisfaisante, et qui facilitent, la réalisation de ces objectifs. Ces discours sont portés par les organisations et ont pour objectif de légitimer les transformations socio-économiques en leur sein (Bouillon, 2008). Dans la mesure où elles participent de techniques d'ingénierie symbolique, Bouillon (2008) les caractérise de politiques de communication.

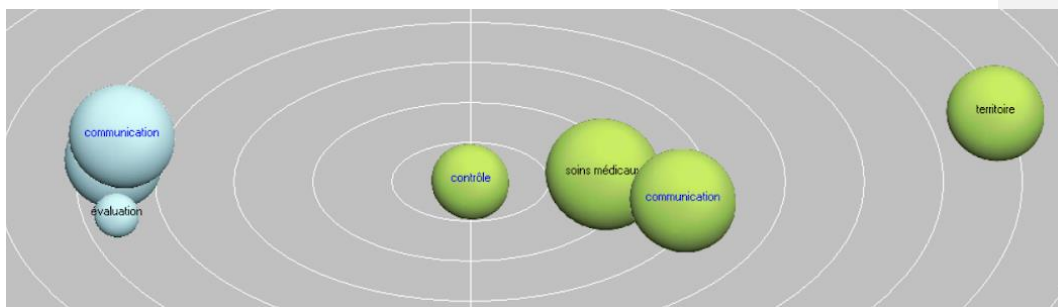
Pour explorer ce niveau de communication, nous avons fait le choix de travailler sur un corpus de textes institutionnels. Il convient de noter qu'il ne s'agit pas de textes explicitant les politiques de communication internes aux CH dans lesquels nous avons mené nos observations. Il s'agit de textes issus du site internet de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de l'ARS Auvergne Rhône Alpes (ARS-ARA). L'objectif était d'étudier les politiques de communications portées par une instance intermédiaire entre le gouvernement et les centres hospitaliers, de sorte que l'on puisse étudier des politiques à la fois à visée nationale et locale, à la fois à destination des professionnels et des citoyens. Nos observations et nos entretiens montrent qu'en termes de politiques de communication, les instances dirigeantes des centres hospitaliers se définissent comme relais des politiques imposées par les agences régionales et ministérielles. A ce titre, dans la mesure où le NMP est un modèle national, nous postulons qu'étudier les politiques de communication des agences en question, permettent d'avoir une idée claire des politiques de communications adossées au NMP (Annexe n°6).

Concernant les dispositifs de gestion tels que la quantification, nous avons choisi des extraits de notre rapport de résultats concernant les catégories <contrôle> et <indicateurs>. Les

arborescences de l'analyse ayant été créées à partir de nos hypothèses de travail, la notion de contrôle est à entendre en référence au champ lexical de la surveillance et de la mesure quantitative. Quant à la notion d'indicateur, elle fait référence au champ lexical des repères et des indices, dans une perspective de mesure. Les résultats que nous allons présenter sont sous la forme de graphiques de relations : ces graphiques illustrent les relations⁹⁴ de classes d'équivalents⁹⁵ au sein d'une catégorie de relation – ici les catégories <contrôle> et <indicateur>. L'objectif est de présenter les relations établies, dans notre corpus, entre ces catégories – termes classiques associés à l'activité de quantification – et le reste du scénario⁹⁶.



Graphique 1 : Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <contrôle>



Dans le scénario que nous avons créé, la catégorie « contrôle » consiste à repérer dans les discours, les différentes relations entre le champ lexical de la surveillance et de la mesure avec les autres catégories établies pour notre analyse. Elle comprend 185 mots équivalents. Pour interpréter les résultats, il convient de rappeler que la bulle centrale représente la notion de référence à partir de laquelle on établit une relation. Plus les autres bulles sont proches de celle-ci, plus elles sont en lien dans le corpus. Les couleurs représentent, à l'échelle des phrases,

⁹⁴ « Les relations indiquent quelles classes d'équivalents sont fréquemment reliées (rencontrées à l'intérieur d'une même proposition), dans le texte analysé » (Molette et Landré, 2013 : 13).

⁹⁵ « [...] on utilise indifféremment l'appellation classes d'équivalents pour parler des Univers de référence, Références utilisées, ou des Groupes sémantiques du Scénario » (Molette et Landré, 2013 : 13), confer notre développement Partie 2, chapitre 3.

⁹⁶ Les scénarios sont des « ontologies spécifiques » qui selon leur conception reprennent tout ou partie des dictionnaires de Tropes en fonction des objectifs de l'analyse (Molette et Landré, 2013 : 13)

le positionnement antécédent ou suivant⁹⁷ de la catégorie par rapport à la bulle de référence. Par ailleurs, la superposition des bulles ne représente rien de particulier (Molette et Landré, 2013). Nous n'avons pas pris en compte cette distinction de couleur dans notre analyse, mais il nous semble important de le préciser pour ne pas créer de confusion pour le lecteur.

Premièrement, on peut observer, sur le graphique ci-dessus, une relation très proche dans le corpus entre la catégorie de <contrôle> et celle de <soins médicaux>. Le soin et la prise en charge médicale sont un fil rouge commun à tous les textes du corpus. Il nous apparaît logique que la notion de soins médicaux soit centrale pour la plupart des catégories. Cependant, cela reste intéressant dans la mesure où il nous semble que cela traduit une intentionnalité particulière. Celle de contrôler les processus de soin et la qualité des prises en charge. Il semble donc que cette notion de contrôle de la qualité des soins apparaît centrale dans notre corpus.

On remarque, deuxièmement, une relation forte entre la catégorie <contrôle> et la catégorie <communication>. Cette dernière fait référence à tout le champ lexical des interactions, de la production, de la gestion et de la diffusion d'information. Après vérification de la teneur des *verbatim* repérés par le logiciel, il convient de noter que la catégorie <communication> ne fait référence, dans notre corpus, qu'à la gestion et la diffusion d'information et de données. Les interactions ne sont pas du tout mentionnées. Ainsi, cette relation entre la catégorie <contrôle> et la catégorie <communication> nous indique deux choses :

- Tout d'abord, une attention particulière à la sécurisation des données personnelles et médicales.
- Ensuite, la multiplication de dispositifs permettant une meilleure transmission de l'information, généralement au moyen de technologie d'information et de communication.

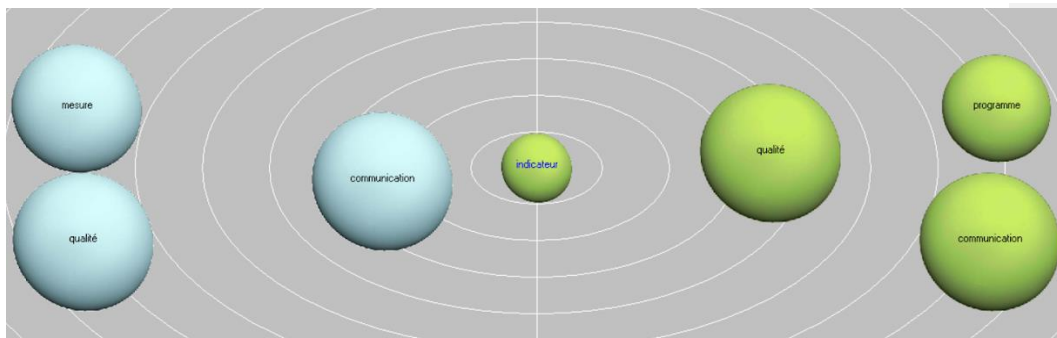
Enfin, on observe une relation moindre, mais intéressante, entre la catégorie <contrôle> et les catégories <évaluation> et <territoire>. La première fait référence au champ lexical de l'évaluation, et plus précisément, après vérification des *verbatim*, à l'évaluation, au classement et à la certification des centres hospitaliers. La seconde fait référence au champ lexical de la

⁹⁷ Par exemple dans la proposition <le contrôle des soins médicaux>, soins médicaux est « *successeur* » de contrôle, la bulle est verte ; dans <l'information contrôlée>, information précède la notion de contrôle, elle est « *prédécesseur* », la bulle est bleue (Molette et Landré, 2013).

localité, à la fois en termes de lieu, de compétence et de gouvernance. Ces relations indiquent donc la présence dans le corpus de liens établis entre contrôle et évaluation des structures soignantes accueillant du public, tels que les centres hospitaliers. Ceci s'inscrit, selon nous, dans la même démarche que la relation précédemment mise en évidence entre <contrôle> et <soins médicaux>. On observe une attention particulière apportée au contrôle du fonctionnement des structures. De plus, la relation entre <contrôle> et <territoire> induit, selon nous, un élément supplémentaire. Elle met l'accent sur l'importance du rôle des instances et des collectivités locales dans le contrôle des centres hospitaliers.

Au sein de cette analyse de la catégorie <contrôle>, nous avons souhaité faire un zoom sur la catégorie <indicateur>. Terme fréquemment utilisé lorsqu'il s'agit de quantification d'activité.

Graphique 2 : Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <Contrôle> - Zoom catégorie <Indicateur>



Parmi les 182 mots équivalents à la catégorie <contrôle>, 32 sont équivalents plus précisément à la catégorie <indicateur>. Sa relation la plus importante est avec la catégorie <communication>. Comme mentionné précédemment, il s'agit exclusivement d'une communication au sens de production et diffusion de données et d'information. Après vérification des *verbatim*, nous avons établi que cette relation concerne principalement des mentions à des dispositifs de protection des données personnelles et médicales en lien avec la production d'indicateurs qualité et de résultats permettant de justifier de leur efficacité.

On peut noter, par ailleurs, une relation significative entre la catégorie <indicateur> et la catégorie <qualité>. Selon nous, ce lien s'inscrit dans la même démarche de contrôle que cité

précédemment. On peut en déduire que, selon les politiques de communication institutionnelles, la quantification de l'activité a pour visée la vérification et la surveillance de l'efficacité, mais également du respect strict des attentes posées à l'élaboration des dispositifs.

Enfin, toujours en lien, mais plus lointain, on peut également observer sur le graphique une relation entre la catégorie <indicateur> et la catégorie <mesure> – à entendre au sens de mesure gouvernementale –, et celle de <programme>, également à entendre au sens de programme politique. Le corpus est composé d'un certain nombre de revues de presse et de supports de communication officiels, détaillant les mesures des programmes, en lien avec les politiques de santé de 2016 à 2020. Il semble alors que, dans ces textes, la notion d'indicateur soit très présente. Après vérification des *verbatim*, nous avons établi que ces indicateurs ont pour fonction de produire des données permettant de prévoir, d'assurer et de réguler le bon déploiement de dispositifs divers, inclus dans les mesures attenantes. Ils ont également pour but de souligner l'attention portée par le gouvernement à produire un travail de qualité.

Que retenir de cette analyse ?



Les situations que nous avons prises en exemple, mettent en évidence que les dispositifs de gestion, en l'occurrence ceux ayant trait à la quantification de l'activité (traçage, reporting, etc.) ont, dans une certaine mesure, un intérêt stratégique pour les cadres et les agents :

- ils facilitent l'organisation interne des services, notamment pour le planning et le suivi d'approvisionnement logistique. Par exemple, les décomptes d'heures par agent facilitent la construction des plannings ;
- ils permettent également de garder une trace de l'ensemble de leur activité et par extension de leurs difficultés à un instant T avec la possibilité de faire remonter ces difficultés à leur hiérarchie.

Cependant, nos exemples nous ont également permis de mettre en évidence que ces activités secondaires de reporting représentent parfois pour les cadres une double charge de travail et peuvent provoquer un sentiment de temps perdu. Ils peuvent être également à l'origine d'un sentiment de perte de sens et de débordements affectifs, lorsque ces indicateurs les éloignent de ce qu'ils estiment être leur cœur de métier. Ils peuvent aussi devenir source de tensions

entre cadres et agents. Ces tensions sont fondées, par insatisfactions interposées, sur un cloisonnement progressif des corps de métiers, qui finit par structurer les échanges quotidiens.



L'analyse des processus de communication confirme le fait que les indicateurs peuvent constituer une aide dans la gestion globale des difficultés des services. Les cadres font remonter ces indicateurs à leur hiérarchie très régulièrement et ceux-ci peuvent influencer les prises de décision et la mise en place ou l'adaptation de dispositifs correctifs spécifiques, par exemple le plan hivernal. Cependant, la réalité de la prise en charge patient tend à dépasser largement ce qui est prévu par les dispositifs. Ceci les rend insuffisants, voire plus contraignants qu'aidants. Par ailleurs, l'absence de possibilité de projection induite par les restrictions budgétaires entame, *in fine*, la légitimité et l'acceptation du dispositif auprès des cadres. Cela s'explique dans la mesure où l'effort de production d'indicateur n'apporte ni solution, ni reconnaissance, voire les met en position de vulnérabilité face aux "récriminations" de la direction, quand les statistiques ne sont pas conformes aux attendus. On peut observer alors le même schéma de cloisonnement des corps de métiers, cette fois-ci, entre les personnels dirigeants et les personnels encadrants, entraînant parfois des ruptures de communication.



Ces extraits d'analyse de discours nous permettent de mettre en évidence les relations observées dans notre corpus entre les catégories <contrôle> et <indicateurs> avec le reste des catégories présentes dans notre corpus. Cette analyse nous indique notamment que les politiques de communication institutionnelles en termes de quantification et de contrôle consistent à insister sur une attention particulière des politiques de santé publique :

- au contrôle qualité des prises en charge
- à la sécurisation des données médicales

- à une meilleure transmission de l'information au moyen de nouvelles technologies
- à confier aux instances et aux collectivités locales l'exercice et l'évaluation des modalités de contrôle *in situ*.

Quant à notre zoom sur la catégorie <indicateurs> il nous permet de montrer que ceux-ci s'imposent dans le corpus comme :

- outil de suivi des performances des dispositifs attenants aux mesures gouvernementales,
- mais aussi comme garantie d'efficacité des dispositifs et de surveillance de leur bon déploiement et d'une utilisation conforme aux attentes de ces mesures.

Ce double statut met en évidence la fonction d'ingénierie symbolique des discours dans le déploiement des dispositifs de gestion. Cela signifie que la manière dont les instances gouvernementales prescrivent comment les agents sont sensés appréhender les indicateurs, atteste, selon nous, selon nous, d'un effort de mise en récit et d'embellissement (Cabedoche, 2014) des représentations sous-jacentes au NMP concernant la production d'indicateurs.

Par rapport à nos hypothèses

Cette analyse au niveau des situations, des processus et des politiques de communication tend à confirmer nos hypothèses.

Nous avons vu, à travers nos exemples, que les dispositifs de gestion tels que la production d'indicateurs et le reporting procèdent d'une transformation du modèle de fonctionnement des services **en vue d'augmenter leur productivité**. L'objectif sous-jacent est de pouvoir contrôler, à tout instant, la conformité des performances des services aux attendus de la direction en termes d'efficacité, de rentabilité et de qualité. Nous avons vu, également, qu'en termes de situation et de processus, ces dispositifs pouvaient être source de tensions entre les différents corps de métiers qui structurent l'activité de soin. Cela peut transformer, dans le même temps, à la fois les dynamiques communicationnelles (cloisonnement, éviction) et l'investissement affectif et la subjectivation du travail (rupture de communication, découragement, souffrance). Ainsi, le dispositif se trouve en position de faciliter une dynamique de fragmentation communicationnelle, qui s'exprime par la dissociation grandissante entre les systèmes de transmission des informations et la communication intersubjective sur laquelle se fondent les relations de travail.

Informatisation des tâches

Au sein de ce dispositif de gestion adossé au NMP, nous avons pu remarquer que de nouvelles pratiques intégrées aux protocoles de soin se sont développées sur le terrain, telles que l'informatisation des tâches. Le traçage de l'activité est un acquis nécessaire de ces protocoles de prise en charge. Chaque infirmière doit rendre compte des actions menées auprès du patient et de ses observations importantes dans un dossier médical associé à celui-ci. Cette pratique a toujours eu cours et représente un pilier important à la fois du suivi patient et de la communication entre les équipes médicales, paramédicales et administratives. Cependant, les modalités de traçage informatiques, *via* des progiciels de gestion intégrés (PGI), sont relativement nouvelles dans le service public, du fait de l'homogénéisation des techniques de reporting et de traçage induites par le NMP. L'objectif consiste à tracer la moindre information contextuelle, le moindre acte médical et paramédical concernant le patient afin :

- de faciliter la communication des informations concernant les patients entre les différents corps de métiers en charge de son rétablissement,
- d'assurer la sécurité du patient dans la prise en charge
- de faciliter les contrôles concernant la qualité des prises en charge en cas de problème et par extension d'assurer la sécurité du patient.




Pour autant, ces nouvelles pratiques s'inscrivent dans un processus de « *rationalisation équipée* » des services publics décrit par A. Mayère en 2014 dans son article « Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée »⁹⁸. La chercheuse explique notamment que sous la montée des exigences financières, de contrôle budgétaire et du rôle structurant des outils de gestion (Groleau et Mayère, 2008), les institutions publiques s'équipent de TIC afin d'encadrer les pratiques autorisées au sein de l'activité et leur coordination entraînant le développement d'une « *rationalisation équipée* » qui comprend la multiplication de terminaux, de PGI et de systèmes d'information (SI).

Ces derniers sont conçus selon une approche essentialiste de l'information et de la communication. Cela signifie que les informations véhiculées au sein de ces PGI sont considérées comme « *'en soi', une 'donnée', et une conception fonctionnaliste de la communication réduite à une transmission de ces données, forme de 'liant' nécessaire au 'bon' fonctionnement des organisations. De même les organisations sont-elles conçues comme des*

⁹⁸ Anne Mayère, « Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée », *Revue française des sciences de l'information et de la communication [En ligne]*, 4 | 2014, mis en ligne le 01 janvier 2014, consulté le 25 novembre 2016. URL : <http://rfsic.revues.org/889>

entités non questionnées. » (Mayère, 2014 : 1). Cette approche essentialiste et cette absence de questionnement sur la pertinence d'une telle organisation de la diffusion entraîne des difficultés d'intégration et d'appropriation des PGI, du fait de leur conception hors connaissances situées (Mayère, 2014).

Ci-dessous se trouve le tableau synthétisant les exemples de situation en lien avec le dispositif qui vont nous permettre d'illustrer la réception de ce dispositif au niveau des situations, des processus et des politiques de communication *in situ*.

Objectifs du NMP	Manifestation <i>in situ</i>	Rationalités	Situations en lien avec le dispositif
Informatisation des tâches	Traçage logiciel, dossier médical partagé	Gestion	 Traçage d'activité et tensions <i>in situ</i>
			 PGI, essentialisation des informations patients et déshumanisation
			 Corpus : thématique Informatisation



SITUATION

Traçage d'activité et tensions in situ

Dans le cadre de l'analyse des situations de communication, nous nous intéressons aux conséquences de l'informatisation des tâches liées au soin, comme dispositif de gestion, sur les interactions quotidiennes des personnels que nous avons observés. L'enjeu est de déterminer dans quelle mesure ce dispositif structure leur quotidien et génère une dynamique d'organisation collective particulière.

Dans deux des trois services que nous avons observés, notamment les services de prise en charge directe des patients, les infirmières ont mis en place un système de contournement du PGI. Nous avons observé plusieurs stratégies liées au traçage d'activité :

- Certaines infirmières tracent leur activité au fur et à mesure des actes réalisés (Annexe n°1, p.48) – multipliant les allers-retours entre les chambres et les ordinateurs du bureau infirmier ;
- d'autres emportent, sur leur tournée, un papier où noter leurs actions, ou encore un tableau de transmission annoté et qu'elles complètent au fur et à mesure puis renseignent sur ordinateur deux ou trois fois dans la journée (Annexes n°1, p.42) ;
- dans certains cas, elles doublent l'information tracée sur le PGI *via* un fichier texte (Word) interne. L'objectif est de faciliter les transmissions (Annexes n°, p.156 et p.166), avoir un support sous les yeux, pouvoir noter des observations complémentaires, le garder avec soi pour avoir les informations à portée de main pendant le soin.

Les stratégies de gestion de l'activité de traçage sont donc diverses et apparaissent propres à la fois au fonctionnement de chaque service, voire à celui de chaque infirmière. Cependant, dans leurs discours, elles mettent systématiquement en exergues le fait que les PGI de traçage de l'activité ne sont « *pas fonctionnel[s] pour l'activité de tous les jours* » (Annexes n°1, p.156 et n°, p.142).

On remarque d'ailleurs que peu importe la stratégie mise en place individuellement, le traçage représente souvent une double charge de travail, mais également, de nouveau, un sentiment de perte de sens et de perte de temps.



Centre B, observation IDE, ortho-rhino-laryngologie, Annexe n°1, p.157

Contexte : nous sommes en salle de consultations, et je profite d'un temps d'accalmie entre deux patients pour l'interroger sur ses conditions de travail et en particulier sur le poids des tâches secondaires, comme le traçage informatique, dans son métier.

« Les tâches administratives se sont multipliées ces dernières années. C'est l'horreur ! En vrai on ne trace pas la moitié de ce qu'on fait avec le matériel. C'est pas possible ! Personne ne les regarde en plus. Bon certainement sauf s'il y a un problème mais c'est pas le cas, on a des protocoles d'hygiène très stricts. Ca fait bien rigoler ces histoires de traçage. »

On remarque ici que la charge de travail supplémentaire que représente le traçage informatique dans son métier représente une difficulté quotidienne pour cette IDE. Les IDE de consultation ont une fonction particulière au sein des centres hospitaliers, elles appuient l'activité de consultation des médecins spécialistes : elles accueillent les patients, les préparent pour la consultation et réalisent des examens préliminaires et/ou des soins relatifs à la consultation. Il convient donc de noter que lorsqu'elle fait mention de l'accroissement des tâches administratives, elle évoque des tâches concomitantes à l'activité de consultation des médecins spécialistes avec lesquels elle travaille. Pour autant le problème du traçage comme surcharge de travail apparaît comme relativement global. Par ailleurs, compte tenu du manque de temps inhérent à la prise en charge des patients à flux constant, on peut se demander si ce traçage est si représentatif de l'activité des soignants. En effet, de son propre aveu, l'infirmière rencontre légitimement des difficultés à tout tracer. Cela pose question notamment lorsque l'on sait que ces données de traçage peuvent donner lieu à des indicateurs qui servent à juger de la qualité du travail des soignants. Enfin, la dernière phrase sur le ton de la raillerie laisse apparaître en filigrane un sentiment de lassitude et de mépris vis-à-vis de pratiques jugées absurdes.



Centre B, observation IDE, neurochirurgie, Annexe n°1, p.167

Contexte : j'accompagne et j'observe l'IDE de neurochirurgie. Au moment de faire son traçage, elle se retrouve coincée à cause des difficultés informatiques que rencontrent ses collègues.

*« En salle des soins, les aides-soignantes rencontrent des difficultés avec les ordinateurs : ils sont très longs et les demandes de changement de mot de passe créent des problèmes de connexion et de la frustration. L'informatique leur prend vraisemblablement un temps considérable : **du temps qu'elles ont, de leur propre aveu, l'impression de perdre. La tentative de connexion à laquelle j'assiste aura pris plus de 30 minutes.** »*

L'exemple ci-dessus s'inscrit dans la même dynamique que le précédent. La lenteur des ordinateurs s'impose, dans ce service, comme un irritant quotidien. En l'occurrence, il convient de préciser que les trente minutes en question ne sont pas quotidiennes. Cependant, cela arrive suffisamment souvent pour créer un fort sentiment de lassitude et de frustration, car durant ces multiples tentatives de connexion, elles pourraient, *dixit*, s'occuper d'autre chose et/ou des patients et gagner du temps sur leur journée au lieu d'en perdre.



Centre B, observation blocs de neurochirurgie, Annexe n°1, p.144

Contexte : nous sommes au bloc opératoire depuis plusieurs heures, j'assiste à une craniotomie, une opération du cerveau particulièrement délicate. Je suis en train de discuter avec l'IDE quand survient une urgence.

« Une artère de la patiente se déchire. L'IDE court chercher du matériel d'urgence parce que le matériel en salle n'est pas suffisant. Elle revient, donne le matériel à sa collègue et se met derrière l'ordinateur pour faire une demande de réapprovisionnement d'urgence. ■ //a

chirurgienne] énervée : “Vient aider plutôt que de faire ça ! Ta patiente perd un litre là !” L’IBODE lui répond, vexée et énervée : “Le problème c’est que si je ne le fais pas dans deux minutes on sera dans la même situation, c’est vous qui voyez ! C’est le chien qui se mord la queue !” La tension monte, l’infirmière ajoute : “J’en prends plein la gueule, j’adore.” Elle est très contrariée et ignore la chirurgienne, elle demande à sa collègue si elle a besoin de quelque chose, l’encourage et met en avant son professionnalisme. Les chirurgiens échangent des regards interloqués puis entendus sur le fait de la laisser faire. [...] **Le matériel est insuffisant en salle et en réserve, le pronostic vital de la patiente est engagé, mais les IDE ne sont que deux et ne peuvent pas quitter la salle compte tenu de la situation.** « **Demande à quelqu’un de venir à l’interphone ! Allez ! Bouge !** » lui enjoint Chir. IDE demande de l’aide à l’interphone et ajoute pour elle-même « À mon avis y’aura personne de sympa ». Quelqu’un vient finalement avec du stock d’urgence d’un autre bloc. **Lors de la relève les IBODE discutent furtivement du comportement de la chirurgienne. L’IBODE observée chuchote : « Ok on peut faire des erreurs, mais tu peux pas parler calmement ?! » Les autres acquiescent, compatissent et vont dans son sens. L’infirmière trouve une forme de validation auprès de ses collègues et se détend. »**

Cette situation nous permet d’observer comment le soin dépend de tâches secondaires informatisées et des tensions que cela peut engendrer.

Ici, les tensions entre l’infirmière et la chirurgienne tiennent à la fois du contexte (situation d’urgence vitale pour la patiente) et du conflit de valeur. En effet, lorsque la chirurgienne crie à l’infirmière « *Vient aider plutôt que de faire ça ! Ta patiente perd un litre là !* », l’épicentre du conflit réside dans le fait que l’infirmière remplit une demande informatique, au lieu de faire quoique ce soit d’autre qui pourrait améliorer directement la situation. L’utilisation du pronom possessif, ajouté à l’évocation graphique d’un danger de mort imminent a pour vocation de stimuler l’attachement de l’infirmière à la patiente pour déclencher une action. La chirurgienne lui reproche implicitement de ne pas prioriser correctement ses tâches : le soin direct est plus important qu’une demande informatique. En d’autres termes, elle lui reproche de ne pas prendre soin de la patiente.

Or, l’infirmière lui rétorque l’inverse, car l’activité est structurée de telle façon que si elle ne fait pas cette demande de matériel d’urgence, la situation pourrait se reproduire très rapidement. En remplissant cette demande informatique au détriment d’une intervention

directe, l'infirmière se défend de ne pas prendre soin, dans la mesure où la qualité et la réalisation des soins dépend littéralement d'activités secondaires informatisées comme les commandes d'urgence. Il est intéressant d'observer ici que chacune se réclame d'une même valeur (la sollicitude liée au soin) et d'un même objectif (sauver la patiente). Pourtant, elles peuvent quand même entrer en tension sur les modalités de manifestation de cette valeur à cause de la structuration particulière, notamment informatique, de l'activité.

Ces trois situations nous donnent un aperçu des difficultés que pose l'informatisation croissante des tâches dans l'activité de soin. Manifestation d'un dispositif de gestion plus global adossé au NMP, l'informatisation des tâches procède d'une structuration particulière de l'activité de soin et donc par extension du quotidien des soignants. Ces trois situations mettent, également, en évidence, dans quelle mesure ce dispositif génère des dynamiques d'organisation collective particulière. Ici, on peut relever, par exemple, un sentiment de perte de temps, de lassitude et de frustration largement partagé et des difficultés de priorisation au sein de l'activité. Ces dynamiques, dans leur potentiel d'interaction, peuvent donner lieu à des tensions verbales et émotionnelles fortes, avec des conflits de valeurs sous-jacents qui prennent corps autour des dispositifs d'informatisation des tâches. **Dans les services observés, ce sont les tensions individuelles et collectives qui semblent se dégager comme dynamiques collectives particulières induites par l'informatisation des tâches.**



PGI, essentialisation des informations patients et déshumanisation

Les activités de soin sont structurées par plusieurs PGI, certains dont l'objectif est d'organiser (planning, commandes), d'autres tracer et faciliter l'accès aux informations médicales, de communiquer entre professionnels et d'autres encore de générer des indicateurs statistiques servant au contrôle de l'activité. À chaque fois, l'objectif annoncé du dispositif de gestion attendant est d'optimiser à la fois l'activité (organisation et réalisation), la communication et la qualité des prestations. Le dispositif vise donc à contribuer à l'efficacité de l'organisation. Dans la lignée d'A. Mayère (2014), nous estimons que l'informatisation des

tâches participe de la rationalisation équipée de la communication au sein de l'organisation. Cela signifie que la multiplication de dispositifs matériels, visant à améliorer et moderniser l'organisation et les échanges autour de l'activité de soin, ne participent que de leur rationalisation. Il convient alors de s'interroger sur la dimension processuelle de cette rationalisation. Dans cette perspective l'informatisation des tâches contribue-t-elle effectivement à l'efficacité de l'organisation ? Et quelles sont les conséquences de la rationalisation appliquée à la communication au sein des services de soin ?

Pour répondre à ces questions, nous avons fait le choix d'illustrer notre propos au moyen d'extraits d'entretien. Lors de l'entretien suivant, cette pédiatre oncologue décrit les sentiments relevés auprès des soignants sur cette question de la rationalisation équipée au sein des services :



Centre A, entretien semi-directif, pédiatre en onco-pédiatrie (Md), Annexe n°3, p.186

« M : *Qu'est-ce qui concrètement s'est dégradé [suite aux récentes politiques de santé publique] ? Vous auriez des exemples ?*

*Md : [...] Moins de temps d'équipes, et effectivement quand on s'occupe de malades chroniques et graves avec à la fois des malades qui ont de graves déficits fonctionnels et/ou un risque vital euh... le temps d'équipe est essentiel. Or, le fonctionnement actuel de l'hôpital ne permet pas d'avoir ces temps d'équipes, de staff réels, de discussions, c'est-à-dire qu'on a introduit beaucoup de... Moi ça fait quelques années que je dis que tous les logiciels qu'on a fournis à l'hôpital, et pourtant Dieu sait que les logiciels peuvent nous aider à l'hôpital dans certaines situations, pour améliorer la fluidité de certaines choses, mais il y a quand même... Et c'est particulièrement vrai pour la pédiatrie. [...] **On a créé énormément d'interfaces informatiques entre le corps médical et les soignants : infirmiers, kiné, diet. C'est-à-dire qu'on a voulu euh... faire rentrer les patients dans des transmissions ciblées. C'est-à-dire découper un patient en tranches. Tranche fièvre, tranche douleur, tranche alimentation, tranche sociale... En demandant aux soignants d'être en permanence en train de rentrer des cibles alors même que moi je trouve que c'est extrêmement***

dévalorisant pour les infirmières et les puéricultrices de ne pas savoir leur reconnaître leur esprit de synthèse auprès du patient. Il y a quelques années, quand on arrivait le matin, on pouvait lire les transmissions de l'équipe de nuit, on avait en quatre lignes des mots très synthétiques et une vision globale du patient essentielle. On savait pertinemment dans le service qui aller voir dans le service parce qu'on avait perçu la problématique, la notion de l'urgence. Or, là, on va arriver, on va avoir douze malades, on va ouvrir toutes les transmissions ciblées. Tout remonte en même temps sans priorisation. Y'a un facteur temps, parce que parfois tout remonte, si c'est un séjour long on va avoir une page entière avec l'élément douleur décortiqué sur quinze jours... Et à la fin parfois on n'est même pas capables de savoir comment va le patient vraiment. »

Plusieurs éléments importants sont à relever dans cet extrait. Là où l'objectif des PGI serait, en premier lieu, de faire gagner du temps aux soignants, on remarque qu'au contraire, cette pédiatre souligne un problème de temps. Elle explique que les parties prenantes du soin disposent de moins de temps de rencontre et que, de fait, la recherche et le traitement des données relatives au soin sont chronophages à cause du format du progiciel. Nous pouvons rapprocher cette interprétation de notre hypothèse sur la fragmentation (Lépine, 2012) de la dimension communicationnelle du soin. Cette exigence de « transmissions ciblées » représente une charge de travail supplémentaire à la fois pour celui qui remplit la transmission et pour celui qui doit la lire. Pour la pédiatre, le découpage du patient en « tranches » représente à la fois une déshumanisation de la prise en charge, une dénégation de la compétence de synthèse des soignants et, par extension, complexifie, voire transforme et amoindrie encore la communication – directe – entre les différentes parties prenantes du soin. En résumé, ici, le dispositif a pour conséquence : moins de temps de rencontre et d'échanges directs entre soignants, le découpage de la prise en charge en « tranches » et la dénégation des compétences de communication et de synthèses des infirmières. On voit ici comment un élément de rationalisation équipée qui devait prioritairement représenter un avantage à la fois pour les opérationnels et pour les administrateurs (la fin étant, aussi, de pouvoir extraire les données pour les réutiliser à des fins de quantification et de surveillance de l'activité), représente, en fait, une charge de travail, un frein supplémentaire et une forme de fragmentation (Lépine, 2012) de la communication interpersonnelle. C'est une observation que soulignait également

A. Mayère (2014). À la suite de son étude sur la rationalisation équipée à l'hôpital, elle concluait que la multiplication des PGI et des SI comme support de travail pour les soignants :

- n'étaient pas du tout synonyme de disparition des écrits papiers, mais au contraire en accentuait la production dans les activités très régulées,
- développait la créativité des équipes pour pallier les impensés des dispositifs techniques, notamment en termes de transmission de l'information et de coordination,
- sont notoirement connus pour augmenter la charge de « *travail officiel d'écriture* » pour les soignants. Ce qui vient s'ajouter aux « *activités communicationnelles et informationnelles en périphérie du travail invisible supposé non requis et en fait indispensable* » (Mayère, 2014 : 6).

Nous avons pu, effectivement, observer ces trois éléments sur le terrain. Les interfaces informatiques étant compliquées à utiliser dans le cadre de l'activité normale, les équipes de soin trouvent des solutions de contournements pour assurer une circulation correcte – dans le sens de non dangereuse pour le patient – et plus directe des informations importantes. Par exemple : les transmissions informelles dans les couloirs, durant les pauses, les coups de téléphone, la rédaction et l'impression de tableaux de transmission centralisés, etc.



Centre A, entretien semi-directif, pédiatre en onco-pédiatrie, Annexe n°3, p.187

« [...] Et je trouve que dans la **souffrance des soignants paramédicaux**, eh bien le fait de **vouloir de plus en plus procéder leur activité par le haut**, quel que soit le secteur de soin où l'on est... Et puis **ne pas reconnaître leur capacité d'écoute et de synthèse et leur capacité d'épidémiologiste**... Une infirmière elle est très apte la plupart du temps et plus elle va être au contact des patients avec l'expérience, plus elle va être capable de repérer ce qui ne va pas et de percevoir même avant la visite du médecin la réelle problématique. Mais ça, c'est... Enfin **la construction des choses actuelle fait que ça n'est plus fait comme ça et c'est moins pertinent pour le patient**. Dans la mesure où il y a des choses qui ne se font pas de façon pertinente pour le patient, le soignant il est en souffrance. »

Dans l'extrait précédent, la pédiatre faisait déjà mention de la rationalisation de la transmission d'informations, et notamment le découpage du patient « *en tranches* », comme

dénégation des compétences de synthèse des infirmières. En effet, l'exigence d'exhaustivité et le ciblage précalibré des transmissions informatiques ne laissent pas d'espace à la prise d'initiative. Dans cette perspective, on ne reconnaît pas la compétence aux infirmières de déterminer ce qu'il est important ou non de transmettre au médecin. Tout doit être transmis de façon égale. Dans cette situation, ce sont les compétences médicales et épidémiologiques des infirmières qui ne sont plus reconnues.

Cette dénégalion de leurs compétences participe, selon la pédiatre, d'une forme de souffrance des soignants paramédicaux, mais également de la dégradation des prises en charge patient, notamment dans la transmission des informations et dans la coordination des équipes médicales et paramédicales. Nous partons, donc, d'un dispositif dont l'objectif est, pourtant, de faciliter la transmission de l'information et la communication interpersonnelle autour du soin et, finalement, ce dispositif semble rendre la prise en charge patient moins pertinente. À trop vouloir optimiser le processus communicationnel des informations médicales, dans le but d'en garantir la qualité, il semble qu'au contraire, on ait altéré la communication interpersonnelle et par extension la qualité des prises en charge.

On voit ici se dessiner les difficultés liées à l'informatisation des tâches. Celles-ci sont liées à un dispositif plus global de rationalisation et de gestion qui se manifeste par l'exigence et le contrôle qualité - au sens gestionnaire du terme (Ogien, 2009). En tant que tel, cela contribue à l'efficacité de l'organisation, car l'informatisation des tâches permet, dans nos exemples, de maîtriser les flux d'informations et les données relatives aux prises en charge médicales. En ce sens, la production de ces données répond à des standards de qualité qui renvoient à une bonne prise en charge des patients. Pourtant, le sentiment des soignants à ce sujet est différent. Nous avons vu que ces activités de traçage représentent une surcharge « *de travail officiel d'écriture* » (Mayère, 2014 : 6) dont la forme n'est pas adaptée à l'activité. Dans ces conditions, les soignants font preuve d'une certaine créativité (Ménissier, Martin-Juchat, Lépine, 2017) pour sauvegarder les interactions courantes.

Ainsi, l'utilisation de ces transmissions est fréquemment contournée, doublée par des processus plus adaptés et/ou simplement réalisée pour la forme, par conformité avec les processus qualité. De plus, ces outils complexifient les processus de communication, alors que leur l'objectif premier est de les faciliter. Dans la lignée d'A. Mayère (2014), nous avons pu observer qu'en venant s'ajouter aux activités communicationnelles qui entourent les prises en charge, ce travail d'écriture imposé représente :

- une dénégalation des compétences épidémiologiques et de synthèse des infirmières,
- une dénégalation du caractère indispensable des processus communicationnels qui entourent la prise en charge des patients (Mayère, 2014 : 6).

Cela a pour conséquence de dégrader les processus de communication. Ainsi, l'objectif d'optimisation des flux d'informations et de communications porté par la rationalisation équipée des services de soin procède paradoxalement de l'altération des processus de communication au sein des services et par extension des prises en charge patients.



Corpus : thématique Informatisation

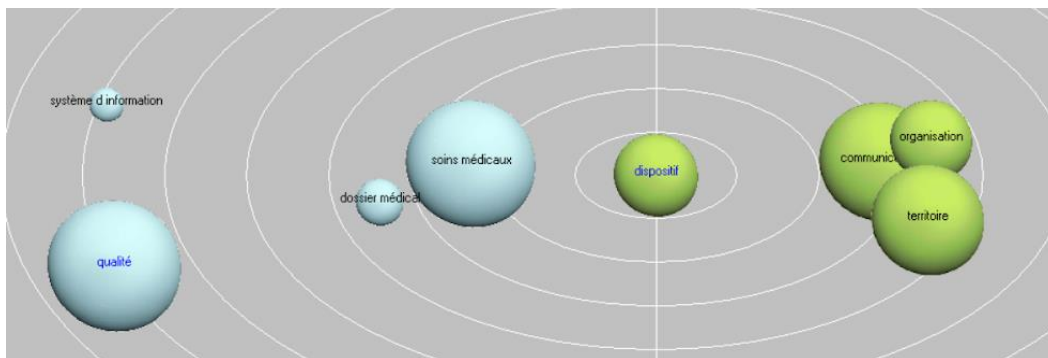
L'informatisation des tâches participe d'un dispositif plus large de gestion, semblable à celui par lequel se manifestait la quantification. Un des enjeux du déploiement de ce dispositif est d'appuyer la bonne diffusion du NMP comme modèle de gestion global et de mettre en place des plans d'action qui garantissent l'acceptabilité du modèle par les personnels concernés. Dans cette perspective les discours produits et portés par les organisations ont pour but de légitimer les transformations amenées par le NMP et se constituent alors « *politiques de communication* » (Bouillon, 2008). Pour étudier ces politiques, nous avons fait le choix de travailler sur un corpus constitué de discours institutionnels d'organisations intermédiaires (ARS et ARS ARA) faisant le lien entre les politiques publiques de santé et les centres hospitaliers comme organisation de santé.

Concernant les dispositifs de gestion tels que l'informatisation des tâches, nous avons choisi des extraits de notre rapport de résultats concernant les catégories <informatisation> et <dispositif>. Comme indiqué précédemment, les arborescences de l'analyse ont été créées à partir de nos hypothèses de travail. Ainsi, la notion d'informatisation regroupe les références aux champs lexicaux des dispositifs techniques, des systèmes d'information et de l'informatique de gestion. Au sein de cette catégorie, la notion de <dispositif> regroupe toutes les références au terme de dispositifs – dans son sens technique –, aux dossiers médicaux, aux télécommunications et à la télémédecine. Les graphiques de relations ci-dessous illustrent les relations entre la catégorie <dispositif> et le reste des catégories du scénario. Il s'agit

d'identifier ce que disent et prévoient les politiques de communication adossées au NMP à ce sujet.



Graphique 3: Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <Informatisation> - Zoom <Dispositif>



Parmi les 215 mots équivalents à la catégorie <informatisation>, 167 sont équivalents, plus précisément, à la catégorie <dispositif>. On constate sur le graphique que sa relation la plus importante est avec la catégorie <soins médicaux>. Ainsi, la plupart des dispositifs mentionnés comme tels dans les textes analysés semblent déployés en appui de la réalisation des soins. Après vérification des *verbatim*, il s'agit pour la plupart d'outils dont l'objectif premier est de faciliter la réalisation des soins en optimisant les activités annexes. Par exemple, le dossier médical partagé, qui apparaît sur le graphique, s'inscrit dans cette dynamique de facilitation. Il est décrit, dans les *verbatim*, comme un outil simple d'accès et d'utilisation qui permet de faciliter la circulation des données médicales individuelles d'une prise en charge à l'autre. Les textes insistent sur la sécurisation des données médicales et sur la pertinence de son utilisation à la fois par les patients et les soignants. Cela fait écho aux discours des soignants précédemment analysés.

Par ailleurs, on remarque que la catégorie <dispositif> entretient également une relation proche avec la catégorie <communication>. Cela indique une proximité entre les champs lexicaux regroupés sous la notion de dispositifs et ceux associés aux systèmes d'information. En effet, pour la plupart, ces dispositifs sont des outils informatiques qui participent de systèmes d'information dont l'objectif est d'optimiser la transmission des données médicales au sein et

hors des organisations de santé. On peut prendre comme exemple le dispositif régional ZEPRA/MonSisra dont l'objectif est de permettre « *aux acteurs de santé, quels que soient leur lieu d'exercice et leur outil métier, d'échanger et de partager en toute sécurité des données en vue d'améliorer leur coordination autour d'un patient.* » Il s'agit d'un « *outil de télémédecine* » de communication et de centralisation régionale des données médicales à partir duquel il est possible :

- d'échanger « *par messagerie instantanée entre professionnels* »,
- de réaliser « *des demandes d'expertise ou rendez des avis* »,
- de réaliser « *des téléconsultations par visioconférence* »,
- d'accéder aux autres « *applications de e-santé* » centralisées de la région comme « *ViaTrajectoire, Téléimagerie, ROR, MesPatients* », etc.

On remarque qu'il s'agit d'un dispositif à destination des personnels médicaux et non paramédicaux. Cependant, il témoigne d'une volonté de coordination territoriale appuyée par le déploiement de dispositifs info-communicationnels. Leur objectif est de faciliter les processus de communications interprofessionnels sur le territoire. Cela fait écho notamment à la relation entre <dispositif> et le bloc <communication>, <organisation>, <territoire> qui fait état de l'importance pour la région ARA de développer ce genre de dispositifs locaux.

Enfin, il est fait mention dans un seul texte de la problématique de la « *complexité* » et du « *morcellement* » des systèmes d'information adossés au soin. Il s'agit de la présentation d'un plan d'action stratégique lié aux politiques publiques de santé, dont l'objectif est de rassurer sur la détermination des équipes en charge de la stratégie nationale de santé (SNS) à pallier ce problème par une simplification et la mise en place d'un « *pilotage opérationnel* ». Celui-ci est fondé sur la production d'un tableau de synthèse avec un nombre limité d'indicateurs. Il s'agit donc de simplifier un dispositif de gestion par un autre dispositif de gestion.

Que retenir de cette analyse ?



L'analyse des situations à laquelle nous avons procédé a permis de mettre en évidence que les dispositifs de gestion, en particulier ceux ayant trait à l'informatisation des tâches de communication des soignants, ont, dans une certaine mesure, un intérêt stratégique :

- ils permettent de cadrer les échanges interprofessionnels, de les rendre exhaustifs et d'éviter certaines rencontres interprofessionnelles jugées non indispensables
- comme pour la quantification, ils permettent, également, de garder une trace de l'ensemble de leur activité en cas de problème clinique ou de litige.

Cependant, nos exemples ont également montré que ce type de dispositif avait tendance à générer des dynamiques d'organisations collectives, dont résultent des **tensions interpersonnelles et interprofessionnelles**, ainsi qu'un **sentiment généralisé de perte de temps et de lassitude dû à la surcharge de travail**.



L'analyse des processus de communication confirme que, malgré le potentiel aidant des systèmes d'information et des dispositifs de gestion ayant trait à l'informatisation des tâches, ils restent source de difficultés en interne. En effet, si ceux-ci permettent une bonne maîtrise des données globales par l'optimisation des canaux de transmission. Selon les soignants, **leur forme reste inadaptée à l'activité quotidienne**, ils représentent une surcharge de travail d'écriture, complexifient l'accès aux données importantes en niant la capacité de synthèse des personnels paramédicaux. **Par extension, ils participent de leur souffrance et de l'altération des processus de communication indispensables à l'exercice du soin**.



L'analyse des politiques de communication sur le sujet de l'informatisation des tâches met en évidence que les dispositifs techniques tels que les systèmes d'information, logiciels et applications dédiés aux activités de soin sont déployés dans l'intention, revendiquée, d'aider les personnels de santé dans la réalisation des actes de soin. L'idée principale est d'optimiser le temps passé sur les activités annexes, de faciliter et de sécuriser la circulation des données médicales individuelles et, à l'échelle locale, de renforcer la coordination interprofessionnelle par le biais de dispositifs de communication tels que ZEPRA/MonSisra. Si nous n'avons pu extraire qu'une seule mention à la problématique du morcellement et de la complexité des SI dans l'activité de soin, elle a le mérite d'exister et de faire état du fait que les organisations intermédiaires sont conscientes des difficultés que posent ce genre de dispositifs aux soignants et de leur volonté d'intervenir. Cependant, comme on a pu le remarquer, ces organisations ont du mal à sortir du modèle même du dispositif de gestion pour régler ces difficultés, alors même que c'est celui-ci qui pose problème à l'origine.

Par rapport à nos hypothèses

Cette analyse à trois niveaux tend à confirmer nos hypothèses.

Nous avons vu, à travers nos exemples, que les dispositifs de gestion tels que l'informatisation des tâches et notamment d'activités communicationnelles liées au soin procèdent d'une transformation du modèle de fonctionnement des services en vue d'augmenter leur productivité. L'objectif sous-jacent est de permettre au soignant de produire des données, de sorte que cela soit le moins sensible possible dans leur activité, en leur facilitant la tâche au maximum (nomenclature, ciblage, cases à remplir). Pourtant, les témoignages des soignants à l'encontre de ce type de dispositif font état de tout le contraire : ils sont à la fois charge de travail supplémentaire à plusieurs titres (travail d'écriture supplémentaire, lecture difficile, difficultés de connexion, puis d'accès aux informations, etc.) et source de tensions interpersonnelles et interprofessionnelles, cristallisant, parfois, à l'échelle des soignants, les paradoxes d'organisation et les conflits de valeurs sous-jacents (sollicitude vs efficacité/rentabilité), présents à l'échelle de l'organisation.

En termes de processus, nous avons vu également que malgré l'intention de départ de faciliter les processus de communication au sein des services, ces dispositifs étaient au contraire source de fragmentation de la communication au sein des services. Celle-ci altère les

processus de communications invisibles, jugés facultatifs, et pourtant nécessaires à l'élaboration d'une prise en charge patients (Mayère, 2014). À ce titre, ces dispositifs ont pour objectif de transformer le fonctionnement des services en vue d'augmenter leur productivité. Cependant, ils transforment et fragmentent, dans le même temps, les dimensions communicationnelles inhérentes à l'activité de soin. Les relations de travail, et/ou l'absence de celles-ci, qui en résultent, participent d'une altération de l'investissement affectif et de la subjectivation du travail à l'échelle des soignants. En effet, nos observations montrent que ceux-ci se retrouvent de plus en plus souvent en conflits ouverts et/ou fermés, en situations irritantes, et/ou isolés et en difficultés dans la pratique de leur métier.

Contrôle qualité

Parmi les intentions explicites présentes dans les discours institutionnels permettant de justifier le déploiement du NMP, on retrouve très souvent la modernisation et la qualité. L'argument étant d'appuyer l'idée qu'avec la modernisation du modèle de gestion au niveau des situations, des processus et des politiques, la qualité des prestations du service public augmentera. Dans le cadre des organisations de santé, le terme de qualité fait référence à la fois à des éléments de cadrage des pratiques des soignants et des éléments d'organisation de l'activité de soin à l'échelle de l'organisation. Elle regroupe à la fois des règles, des normes, des protocoles, des processus et des discours qui définissent les standards de prestation et de sécurité selon lesquels les soins doivent être réalisés. Avec le déploiement du NMP, les protocoles et processus qualité se sont multipliés, en vertu, notamment, d'améliorer la qualité des prestations du service public, mais également dans l'optique de moderniser son fonctionnement (dans le sens de le rendre plus efficace, plus performant, plus optimisé et plus rentable). Dans cette perspective, la qualité peut être envisagée comme un dispositif informationnel d'optimisation. Elle peut également être considérée comme un dispositif de gestion, dans la mesure où les indicateurs produits en vue de contrôler le respect des standards permettent également de prévoir et de décider de plans d'action à court, moyen et long terme. Le but étant de respecter les objectifs de rentabilité.

La problématique de la qualité à l'hôpital se pose en doubles termes. Premièrement, elle se pose en termes de vocabulaire : le terme est utilisé selon deux acceptions différentes au sein de la même organisation (Ogien, 2009). Ceci représente, souvent, un obstacle à la compréhension et à la communication interpersonnelle. La réorganisation des organisations publiques de santé selon un modèle gestionnaire a entraîné un décalage communicationnel entre

les soignants et les administrateurs. Ainsi, si vous demandez à un soignant ou à un responsable qualité, la définition de la « qualité » du soin, les réponses ne seront pas les mêmes (Ogien, 2009). A. Ogien (2009), explique que deux usages du terme de qualité s'opposent dans les centres hospitaliers : un « *usage moral* » en référence à la confiance que l'on place dans les compétences des personnels de santé et un « *usage économique et managérial* » faisant référence à des « *dispositifs techniques d'optimisation du soin comme activité de production* ». Nous verrons notamment, grâce aux exemples suivants, que cette différence d'acception entraîne chez les soignants la sensation de ne pas parler la même langue que les administrateurs, ce qui est à la fois source de tensions matérielles, interpersonnelles, de frustration et d'impuissance.

Par ailleurs, la problématique de la qualité à l'hôpital a des conséquences plus profondes. En effet, si l'utilisation de différentes acceptions peut entraîner des tensions, cela n'explique pas l'intensité des tensions générées par cette problématique de la qualité. Nous avons observé que cette incompréhension pouvait entraîner des situations de tensions communicationnelles graves, pouvant aller jusqu'au conflit ouvert et violent. Dans la lignée de V. Lépine (2012), nous estimons que c'est parce que, derrière les mots, se cache un conflit de valeurs qui représente un facteur aggravant de la souffrance des soignants sur le terrain. Dans un chapitre d'ouvrage intitulé « Choisir d'être manager à l'hôpital ou l'histoire d'une loyauté mise à l'épreuve »⁹⁹ la chercheuse écrit à ce propos (Lépine, 2012 : 7) :




« Le terme de qualité est systématiquement mobilisé mais se révèle extrêmement polysémique selon que l'on se réfère au discours de la loi, à celui des associations d'usagers ou aux pratiques déjà ancrées à l'hôpital à travers des démarches Qualité, des procédures de traçabilité et d'évaluation des pratiques. La qualité sanitaire, du point de vue de la tutelle politique, sera désormais associée à une mesure d'indicateurs quantitative et classificatrice : infections nosocomiales, surveillance du site opératoire, bon usage des antibiotiques, etc.

Dans les discours des cadres, la qualité recouvre une autre acception, elle renvoie à un traitement qualitatif de chacun des patients, pris en compte dans sa singularité, dans la réalité concrète des soins quotidiens

⁹⁹ Valérie Lépine. Choisir d'être manager à l'hôpital ou l'histoire d'une loyauté mise à l'épreuve. in Dominique BOURGEON. *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, une position difficile entre soin et management*, Lamarre Eds, 2012.

qu'il requiert : « Il y a eu un travail pour la visite de certification, mais la qualité c'est trop déconnecté du quotidien (...) Par exemple la fiche de consentement signée, c'est à mille lieux quand on a un patient accueilli dans le couloir ». »

Les exigences en lien avec les différentes utilisations du terme qualité et la nécessité de faire co-exister ces définitions dans les pratiques de soin génèrent, selon la chercheuse, des conflits de « loyauté » entre « *qualité des soins aux côtés des patients et loyauté à l'institution hospitalière comme organisation efficiente pour les patients* » (Lépine, 2012 : 1). Nous avons observé des situations similaires qui viennent appuyer cette hypothèse de travail, préalablement démontrée par V. Lépine (2012). Les exemples suivants illustrent ces conflits de loyauté et leurs conséquences pour les soignants.

Caractéristique du NMP	Manifestation in situ	Rationalités	Situations en lien avec le dispositif
Contrôle accru de la qualité	Réunions d'organisation (pôle, biomédicales) et multiplication des protocoles et processus qualité	Optimisation – Gestion	 Protocoles qualité(s) et urgences vitales
			 Economies, qualité et conflits de valeurs
			 Corpus : thématique Qualité



Protocoles qualité(s) et urgences vitales

Nous avons vu en introduction que la qualité bénéficiait d'une double acception et donc d'un double usage à l'hôpital : un « *usage moral* » en référence à la confiance que l'on place dans les compétences des personnels de santé et un « *usage économique et managérial* » faisant référence à des « *dispositifs techniques d'optimisation du soin comme activité de production* » (Ogien, 2009). Le déploiement du NMP a eu pour conséquence de multiplier ces dispositifs techniques d'optimisation dans le quotidien des soignants. L'analyse des situations, au sens des ACO (Bouillon, 2008) nous permet de mettre en évidence dans quelle mesure la qualité - au sens gestionnaire (Ogien, 2009) - comprise à la fois comme dispositif de gestion et de rationalisation des activités de soin, structure le quotidien des soignants et génère une dynamique d'organisation collective spécifique.

Nos observations ont permis de déterminer que, la plupart du temps, ces dispositifs interfèrent avec le quotidien des soignants, induisant de leur part beaucoup de créativité pour faire coexister les deux définitions de la qualité dans leur travail. Pour illustrer ceci, nous avons choisi deux situations. Les deux situations se suivent chronologiquement de quelques minutes, ce qui a pour effet d'illustrer, également, la récurrence potentielle de ce genre d'événements dans le quotidien des soignants. Dans les deux situations, nous verrons comment peut se manifester la qualité comme dispositif et dans quelle mesure elle interfère avec le quotidien de la cadre de santé observée.

Pour les cadres de santé, une des manifestations récurrentes attenantes au dispositif global de qualité est la multiplication des réunions de fonctionnement pour contrôler, quasiment en temps réel, le déroulement des activités dans les services. Or, ces réunions ne sont pas sans poser problème à la fois à titre individuel et collectif.



Centre A, observation cadre de santé de pédiatrie, Annexe n°1, p.20

Contexte : entre le planning, les commandes, les rendez-vous avec les parents et la gestion des aléas, la journée est très chargée. Un peu avant la situation suivante, la cadre me propose d'aller déposer des papiers au bureau de son cadre supérieur puis d'aller manger ensemble. Elle m'explique que ce n'est pas souvent qu'elle peut organiser ça avec autant de facilité et que c'est souvent que les cadres sont obligés de manger sur le pouce entre deux réunions.

« Nous sortons pour déposer un courrier dans la boîte aux lettres du cadre supérieur et croisons la pédiatre, elle demande à ■ si elle vient à la réunion de fonctionnement. La cadre interloquée demande « quelle réunion de fonctionnement ?! » Apparemment les cadres de santé ont été conviés à une réunion de fonctionnement de 12h à 14h aujourd'hui (c'est-à-dire dans dix minutes). Elle reste très calme pendant l'échange mais une fois la pédiatre partie elle explose. Le fait de devoir changer son programme au dernier moment l'énerve énormément, surtout parce que la semaine d'avant elle avait envoyé un mail pour demander si cette réunion concernait les cadres de santé et on lui avait répondu non. Elle exprime également sa frustration de devoir "encore une fois" sauter le repas alors qu'elle venait de s'engager (pour elle-même) devant moi à prendre un vrai repas. Elle appelle une autre cadre de pédiatrie pour partager ses émotions et sa difficulté à encaisser la nouvelle. Elle me précise qu'elles sont amies, elle lui annonce pour la réunion. La seconde cadre est aussi exaspérée que ■. L'échange tourne autour du fait que cette situation est insupportable (■ l'a dit au moins dix fois et soupire beaucoup). Une fois qu'elle a raccroché elle me regarde et me demande « Est-ce que c'est moi qui ai un problème ou est-ce que le médecin était débordée ? » (Je remarque qu'elle pense d'abord au fait que c'est elle qui a "un problème"). Quand la seconde cadre arrive, elle lance à moitié en rigolant « Alors, le repas est encore en option aujourd'hui ?! » Il semble que l'activité professionnelle déborde sur la satisfaction de besoins vitaux. Nous arrivons toutes les trois en réunion, la salle est bondée, nous nous installons sur des tables au fond. La seconde cadre peste, elle est exaspérée parce qu'il y a trop d'intervenants, personne n'aura le temps de vraiment s'exprimer. »

La première chose intéressante à relever ici est la récurrence des réunions de fonctionnement dans le quotidien des cadres de santé, car celle-ci suscite chez les cadres un sentiment d'habitude mêlé d'irritation. Comme si le schéma se répétait sans fin et sans possibilité de changement. Dans cette situation, on voit, également, que la colère de la cadre vient d'un problème de communication en amont : alors qu'on lui avait confirmé que ça ne la concernait pas, elle se retrouve finalement à devoir bousculer son programme. Elle est à la fois surprise, déstabilisée et déçue de devoir changer ce qu'elle avait prévu de faire. Elle fait preuve de résilience, mais à contrecœur, notamment parce que ce qu'elle avait prévu consistait à prendre soin d'elle en faisant un vrai repas.

C'est d'ailleurs une deuxième façon pour la qualité comme dispositif d'interférer avec le quotidien des cadres : les réunions ont souvent lieu sur des horaires qui débordent le cadre normal des heures de travail et ici, précisément, sur la satisfaction des besoins tels que manger. La situation est tellement récurrente que la deuxième cadre utilise un trait d'humour par l'intermédiaire de cette remarque « *Alors, le repas est encore en option aujourd'hui ?!* » qui masque à peine l'amertume et la frustration que ce genre de situation suscite. Ces derniers sentiments sont finalement renforcés par le format de la réunion : les intervenants sont trop nombreux pour que chacun puisse exprimer clairement ses besoins et surtout pour qu'on les prenne en compte, laissant aux cadres le sentiment qu'en plus, la réunion est inutile. L'addition de ces éléments et, surtout, leur récurrence participent d'un sentiment de lassitude et de perte de sens latent qui ne trouve son extériorisation que dans le partage entre personnes de confiance. À noter qu'ici la confiance se construit sur la reconnaissance du même et la compassion dans le partage de difficultés liées à leur activité.

Ce dispositif induit une organisation particulière dans le quotidien des cadres. *A minima*, il enjoint ceux-ci à être vigilants au quotidien et à être très flexibles dans leur organisation et limite l'expression et la satisfaction de leurs besoins, comme si ce n'était pas acceptable. En effet, il semble que ces réunions ont la priorité sur toute autre chose et en particulier sur la prise en compte des besoins individuels. Selon nous, cela peut s'expliquer par le fait que le rôle – au sens d'E. Goffman¹⁰⁰ (Goffman, 1974) – de cadre avec tout ce qu'il comporte d'attentes, de

¹⁰⁰ Dans son ouvrage *Les cadres de l'expérience*. (1974), E. Goffman met en évidence que l'identité personnelle est construite à partir des expériences accumulées au cours de notre vie et des souvenirs que l'on peut en avoir. Ces mémoires expérientielles sont à l'origine des capacités spécialisées (professionnelles, domestiques, amicales, etc.) et fonctions dont peut se réclamer un individu. Elles sont constituantes d'une identité personnelle et se

représentation et de codes en matière de performance et de responsabilité, oblige l'individu à s'oublier au profit de la fonction. Cette explication fait écho aux travaux de Boltanski et Chiapello (1999) sur le « *nouvel esprit du capitalisme* ». Notamment, concernant les injonctions à incarner certaines compétences et certaines valeurs sans concession, en vertu de l'engagement qu'il est attendu d'un employé de manifester dans son travail. Dans ces conditions les cadres du service public sont soumis aux mêmes injonctions que les cadres du privé¹⁰¹ et cela pourrait expliquer la prédominance des exigences du rôle sur les besoins de l'individu en situation de travail.

Cet exemple illustre une partie de la dynamique particulière qu'induit la qualité comme dispositif global d'optimisation et de gestion. Il montre également ses conséquences en termes individuels pour les cadres de santé observées. Frustration, amertume, colère, perte de sens : on voit ici dans quelles mesures ces dispositifs peuvent interférer avec l'organisation de l'activité des cadres, voire leur santé. Cependant, il convient de noter que ces dispositifs peuvent se manifester de manière variée, une autre manifestation courante liée aux activités de soins est le protocole qualité. Nous allons voir dans quelle mesure ceux-ci peuvent interférer avec la pratique du soin auprès des patients et parfois engendrer des situations de forte tension.



Centre A, observation cadre de santé de pédiatrie, Annexe n°1, p.22

Contexte : nous sortons de réunion de fonctionnement et revenons tranquillement dans le service. Les cadres râlent sur le fait que la réunion n'a servi qu'à leur faire perdre du temps.

« De retour dans le service nous continuons notre conversation quand, tout à coup, la cadre du service repère du coin de l'œil de l'agitation dans le fond du service. Une IDE sort de la

manifestent en situation sous la forme de « rôles » (Goffman, 1974 : 136). Il écrit : « *Chaque fois qu'un individu participe à une activité, nous distinguons ce qu'on appelle la personne, l'individu, celui qui participe au jeu, et le rôle, la qualité ou la fonction qu'il y assume, tout en sachant qu'il existe un lien entre les deux* » (Goffman, 1974 : 263).

¹⁰¹ Pour mémoire, nous avons établi dans la première partie de ce manuscrit (Partie 1, chapitre 1 et 2) dans quelle mesure le NMP et ses dispositifs s'inscrivaient dans la lignée du nouvel esprit du capitalisme (Boltanski et Chiapello, 1999 ; Illouz, 2006 ; Gardère, 2012 ; Illouz, 2012) et de l'industrialisation des affects (Martin-Juchat et Staii, 2016), notamment en contexte de travail (Dujarier, 2006 ; 2016) induisant des conséquences similaires sur les cadres du service public que sur les cadres du privé (Linhart, 2008 ; Dujarier, 2016).

chambre de [REDACTED] et hurle SIERRA. Après une micro-seconde de choc, tout le monde s'affaire, le service entre dans une effervescence proche de la panique. À la réaction des IDE et de la cadre, je comprends que c'est grave, mais je ne sais pas ce que ça veut dire. On m'expliquera plus tard que "SIERRA" est le code d'urgence vitale absolue. Il signifie qu'il faut prévenir la réanimation le plus vite possible, c'est une question de vie ou de mort pour le patient. La cadre me laisse pour aller voir ce qu'il se passe. [...] Une IDE sort en criant de la chambre de [REDACTED], il n'y a pas le médicament dont elles ont besoin dans le chariot d'urgence. Elle cherche dans la pharmacie, elle ne le trouve pas non plus et crie qu'il n'y en a pas. Pendant ce temps, une autre infirmière fait un massage cardiaque à [REDACTED] pour tenter de le ranimer. L'équipe de réanimation arrive à ce moment-là avec leur sac à dos d'urgence. La cadre s'agace, le ton monte, elle a fait les stocks il y a quelques jours, elle est sûre que le médicament est là et va le chercher elle-même pour le donner aux IDE. La maman du patient pleure dans le couloir, la cadre se rapproche d'elle pour la soutenir. Après un moment, nous nous éloignons de la maman et elle m'explique la situation en chuchotant. Sa voix tremble d'inquiétude pour le patient. J'ai moi-même peur et envie de pleurer. [...] Une fois l'incident passé et le patient descendu en réanimation, les IDE se retrouvent dans la salle du personnel pour souffler un peu. L'une d'entre elle se dit "chat noir". Elles parlent avec la cadre du problème de la disparition du médicament. "Avant il y en avait dans le chariot d'urgence ! Depuis qu'ils ont fait les nouveaux protocoles il n'y en a plus." Il n'y est plus à cause de l'homogénéisation des chariots d'urgence il y a quelques temps. Or, dans ce cas précis, le protocole du CHU entre en conflit avec les besoins du service, car c'est un médicament dont elles se servent régulièrement pour leurs patients. Pour la même raison, il manque aussi régulièrement des bouchons et des canules. »

Il convient de noter que, dans cet exemple, le contexte impose d'emblée une forte tension. Le patient est en urgence vitale, à ce titre l'intensité de la situation conditionne l'intensité de la communication interpersonnelle au sein de la situation. Pour autant, on constate que les protocoles qualité peuvent interférer avec la pratique du soin et déstabiliser les soignants. Nous ne pouvons pas savoir ce qu'il se serait passé si la cadre n'avait pas fait l'inventaire des stocks quelques jours avant ou si elle n'était pas intervenue à ce moment-là. Pourtant, nous pouvons nous projeter dans la gravité des difficultés éventuelles d'une telle situation.

Deux protocoles interfèrent avec le soin dans cet exemple : le premier consiste en l'homogénéisation des chariots d'urgence. Cela signifie qu'à une certaine échelle, les chariots d'urgence sont standardisés, c'est-à-dire qu'ils contiennent tous le même matériel et ne doivent pas être modifiés. Nous n'avons pas connaissance de l'échelle d'homogénéisation, cela pourrait être à l'échelle d'un ensemble de service, du pôle ou même de l'entière du CH. Ceci relève d'un protocole qualité selon lequel chaque service doit détenir un chariot d'urgence contenant le matériel requis en cas d'urgence. Le problème étant le postulat selon lequel tous les services auraient besoin du même matériel d'urgence. Dans notre exemple, on constate que la simple disparition d'un médicament n'étant pas considéré comme requis dans un cas d'urgence peut aggraver une situation de prise en charge au niveau du soin lui-même et de la communication entre les parties prenantes.

Le second protocole consiste en la réorganisation des pharmacies et l'étiquetage des médicaments par nom du principe actif et non par nom courant. Quelques semaines auparavant, la pharmacie avait été remise aux normes des protocoles qualité, ainsi le médicament en question avait été déplacé et son nom changé pour celui du principe actif. Ce changement a déstabilisé l'infirmière dans sa prise en charge et créé un surcroît de panique et de tension. Afin d'éviter que la situation ne se reproduise, plus tard dans la journée, la cadre imprimera une étiquette colorée avec le nom courant du médicament pour pallier les difficultés de perception en situation d'urgence.

On observe ici que le renouvellement des protocoles qualité s'accompagne de changements d'organisation pour les soignants. À ce titre, la qualité structure le quotidien des professionnels du soin. Dans cette situation particulière, on peut noter, au contraire, que ce dispositif déstructure la prise en charge et crée une dynamique particulière de tension. On remarque notamment à la fin de la citation, lors de l'échange en salle de repos, la dynamique d'insécurité et de regret qu'induit le changement de protocole par rapport aux prises en charge. Cette situation demande un effort de créativité de la part des parties prenantes du soin à la fois dans l'adaptation à la situation d'urgence et dans l'adaptation au dispositif qui structure ce type de prise en charge. Dans cet exemple, on peut relever notamment la tension affective – « *le ton monte* » – comme exutoire de tension et la pose, *a posteriori*, de l'étiquette colorée comme solution de contournement permettant de concilier la qualité au sens des soignants et la qualité au sens gestionnaire.



Economies, qualité et conflits de valeurs

L'analyse des processus de communication, selon les ACO, consiste à interroger dans quelle mesure les dispositifs info-communicationnels participent à l'efficacité de l'organisation et leur conséquence en termes de communication. Ensemble de situations, processus et discours orientés pour soutenir le déploiement du NMP, nous avons établi que la qualité peut être envisagée comme dispositif info-communicationnel d'optimisation et de gestion. La qualité comme dispositif se manifeste sur notre terrain par la multiplication des protocoles, processus qualité, de réunions d'organisation, de fonctionnement et la production d'indicateurs en vue d'un contrôle ayant pour objectif de rendre le fonctionnement de l'organisation plus efficace, performant et rentable. L'objectif est de produire des standards de qualité répondant à la fois aux exigences de fonctionnement de l'organisation et aux attentes des personnes bénéficiant de ses services (en l'occurrence, les patients).

Depuis un peu plus d'une dizaine d'années, on observe une convergence entre l'idée de qualité et la nécessité de faire des économies. Il nous semble que cette convergence est majoritairement contextuelle : la dynamique de radicalisation de la modernité, l'évolution de l'esprit du capitalisme, mais également le contexte socio-économique et politique français depuis 2008 ont entraîné progressivement la réorientation de l'action publique vers le soutien à la productivité. Cette réorientation est selon nous à l'origine d'une convergence d'intérêt entre rationalisation des activités (objectif de performance et d'efficacité) et économies (objectifs de rentabilité).

Quelles sont les conséquences de cette convergence ? Principalement, la transformation des modes d'organisations et de communication au sein des organisations publiques. En référence à A. Strauss, M. Grosjean (2008) parle notamment d'une généralisation de la négociation comme principe d'organisation. En effet, Strauss (1963 ; 1978) avait mis en évidence que « *l'ordre social de l'hôpital est un ordre négocié dans lequel tout le monde, tout le temps, est en train de négocier quelque chose, les règles étant floues et constamment rediscutées* » (Grosjean, 2008 : 76). La complexité inhérente aux activités de soin, ainsi que la complexité de l'organisation et de la coordination de ces activités, demande une « *mise en compatibilité* » (Grosjean, 2008 : 76) permanente des tâches. Cependant, selon nous, aussi des différents ensembles de représentation présents *in situ*, pour garantir le fonctionnement continu

de l'activité. Nous avons pu également observer que cet effort de mise en compatibilité se fait très souvent au prix de tensions qui ont tendance à détériorer les conditions de travail des parties prenantes du soin, voire de conflits de valeurs ouverts entre direction générale et soignants.



Centre A, visite préliminaire aux observations, Annexe n°1, p.78

Contexte : je suis en visite préliminaire dans le service de neuroradiologie, la cadre me fait visiter le service. Nous croisons régulièrement ses collègues, dont plusieurs médecins.

« [REDACTED] (neuroradiologue) : je lui explique mon sujet, il trouve que c'est très intéressant. **« Le soin se monétise de plus en plus et la qualité des soins est synonyme aujourd'hui d'économie. Le système de santé français périclite petit à petit à cause de problématiques de comptabilité. Un État développé se définit par son système de santé et son système éducatif. »** Les directives politiques émanent de gens qui ne connaissent rien au terrain et qui mettent en place des « trucs d'ENA ». Dans le privé il aurait pu gagner 24 000€ / mois, dans le public il touche beaucoup moins, mais c'est un « sacerdoce ». Ce qu'il aime, c'est le sourire et la satisfaction des patients. **Face à la rationalisation, il a un sentiment de « honte ».** Il a la sensation que les économies devraient se faire au niveau des structures du haut fonctionnariat. »

Dans cet exemple, on peut constater l'omniprésence du champ lexical de l'argent. Ce médecin dénonce le fait que les « *problématiques de comptabilité* » prennent le pas sur le fonctionnement normal du système de santé, lui laissant un sentiment de honte. On comprend ici qu'il se sent complice, malgré lui, d'un fonctionnement qu'il doit assumer, mais ne contrôle pas et témoigne d'un mépris à peine voilé pour les méthodes de gestion qu'on lui impose. Cet exemple est caractéristique des discours des soignants à l'égard de la ligne managériale de la direction générale. Au-delà de la simple insatisfaction, il nous semble qu'elle témoigne d'un réel malaise qui prend sa source dans le conflit de valeurs sous-tendu par la notion de qualité

(Ogien, 2009 ; Lépine, 2012 ; Viard, 2014) — transformant parfois les échanges *in situ* en rapport de force.



Centre A, observation MER, Annexe n°1, p.111

Contexte : journée d'observation des manipulateurs radio au scanner de Neuroradiologie. Nous avons été invitée par la cadre de santé et par le cadre supérieur de santé à assister à la réunion de pôle organisée par le comité de direction dans le but de désamorcer l'escalade de tensions survenues suite au suicide d'un médecin quelques mois auparavant. La citation ci-dessous est un extrait d'intervention d'un médecin, chef de service en Neuroradiologie sur la qualité comme dispositif de gestion et de rationalisation.

Le médecin : « *Je voudrais aussi rappeler et insister sur le fait que le CHU traverse une épreuve terrible. On utilise pour l'instant toujours le même type d'innovation pour toujours le même type d'échec prévu. En attendant, moi quand on me demande « Ça va ? », je réponds « Vivant ». On pourrait en parler peut-être. Moi quand [REDACTED] s'est suicidé, j'ai pleuré pendant des jours. Puis [REDACTED] a fait sa tentative de suicide et là j'ai été franchement en colère. Merci de nous avoir convoqués pour cette réunion, je pense que ça fait du bien à tout le monde, faudrait peut-être le faire plus souvent ? Mais il s'agit de faire une liste de courses de ce qui ne va pas ou de défendre les projets des dirigeants ? Le CHU à mon sens c'est de meilleurs soins, de la recherche et de l'enseignement. La valeur primordiale c'est la qualité : se réaliser par la qualité des services proposés. Mais quand je vois comment on démembre les équipes et les unités, comme on pense le faire avec les brancardiers, j'ai honte. La responsabilité est partagée bien sûr, mais les locaux sont indécentes – mais on s'en accommode, même vous avez une mauvaise opinion de ce CHU – et quand on parle de soin aujourd'hui on parle de 70 scanners, pardon, consultations par jours, même si on se décharge sur les internes. 70 scanners par jour ? C'est un outil de maltraitance. Un scanner c'est 25min, pas 5. On ne travaille pas dans une pizzeria ou un fast-food. On a besoin pour assurer l'activité de 12 ETP [équivalent temps plein] contre 6,5 actuellement.*

Cette inadéquation entre moyens et mission pèse sur le moral des équipes, vraiment. Je vais vous raconter une anecdote récente qu'un collègue m'a raconté. Il est PH-PR, il enseigne, et un jour la direction administrative l'a convoqué pour lui demander « s'il faisait ça sur ton temps de travail »... Je crois qu'on a fondamentalement un problème de conception de ce que sont le travail et les missions du CHU. [...] L'organisation en pôle est une bonne idée si on parle de pôle de moyens, de pôles de gestion. Mais un pôle tel qu'ils sont fait aujourd'hui ne se dirige pas : on gère des moyens, on dirige une recherche et soins. Un manager ça fait les choses, ça met les mains dedans. Je pense qu'on gagnerait à s'inspirer des méthodes de gouvernances européennes, pas si loin, en Belgique ou en Suisse : il faut retrouver une direction des soins et laisser tomber la seule gestion des moyens en haut lieu. Les moyens doivent d'abord être accordés aux missions du CHU. »

Réponse du Président de la Commission Médicale d'Etablissement : « *Vous savez nous aussi on est pris en otage au niveau macro. Le CHU ne peut pas suivre en termes de qualité. Et la machine s'est tellement emballée ces dernières années ... La règle aujourd'hui c'est que plus l'activité augmente plus le prix baisse : raisonner comme ça pour un CHU ce n'est pas possible. Je me permets de vous le dire parce qu'au niveau du ministère on nous a dit ouvertement qu'on avait le droit de vous le dire, mais le prochain plan HP qui devrait sortir en Mars c'est 1,6 million d'euros d'économie sur les centres hospitaliers. On essaye de faire bouger les lignes en haut lieu, mais croyez-moi ça n'a rien de facile. »*

On peut observer ici, le phénomène de conflit de loyauté décrit par V. Lépine (2012). On peut lire en filigrane de cet extrait la volonté, voire la vocation (« *se réaliser par la qualité des services proposés* ») de ce médecin à prendre en charge les patients de manière qualitative. Il souhaite que chacun bénéficie de l'espace et du temps nécessaire à une prise en charge qui répondent aux besoins du patient de manière la plus globale et efficace possible. On peut lire, également, une forme de reconnaissance de la nécessité de gérer une structure aussi complexe qu'un centre hospitalier et une volonté de participer à l'effort collectif, de jouer le jeu, d'appliquer correctement les règles. Pour autant, la question des moyens semble poser ici un réel problème : la convergence entre gestion et rationalisation entrave le traitement qualitatif du patient. Il donne plusieurs exemples : les locaux insalubres, la cadence de prise en charge qu'il

compare aux coups de feu de la restauration rapide – dont la mention fait, d’ailleurs, référence à un service de faible qualité – et la situation de sous-effectif qui « pèse sur le moral » des équipes.

Dans cette perspective, peut-on vraiment parler d’efficacité du dispositif ? Le médecin va jusqu’à qualifier les cadences de prise en charge de maltraitance. Le terme est très présent dans les politiques de communication liées aux réformes du système de santé, qui répondent à cette tendance de maltraitance par d’autres dispositifs d’audit de « bientraitance », sans réelle réflexivité sur l’origine de la dégradation de la qualité des prises en charge ou – d’après nos observations – sans réponse satisfaisante lorsque preuve est faite que le problème vient du dispositif de qualité global. Il est possible que, d’un point de vue statistique, le rapport bénéfice-risque pour le patient reste en faveur du dispositif.

Malheureusement, selon les soignants, cette dynamique s’inscrit au détriment de leur qualité de vie au travail : baisse de moral, débordements affectifs, sentiment de perte de sens, sentiment de devenir ou d’être maltraitant. Une situation qui relève, selon nous, de la même dynamique que les conflits de loyauté chez les cadres de santé, décrits par V. Lépine (2012). Ils sont en position de devoir assumer auprès de leurs patients une maltraitance dont ils ne sont pas à l’origine, mais dont ils portent la responsabilité. Cela peut engendrer en interne des conflits de valeurs ouverts, parfois violents, entre la direction générale et les agents, mais aussi des incompréhensions telles, qu’elles finissent par rompre les liens et empêcher les tentatives de communication comme ci-dessous :



Centre A, observation MER, Annexe n°1, p.108

Contexte : journée d’observation des manipulateurs radio au scanner de Neuroradiologie.

Nous avons été invitée par la cadre de santé et par le cadre supérieur de santé à assister à la réunion de pôle organisée par le comité de direction dans le but de désamorcer l’escalade de tensions survenues suite au suicide d’un médecin quelques mois auparavant. La citation ci-dessous est un extrait d’échange entre une manipulatrice radio et la directrice générale de l’établissement. DG indique les paroles de la directrice générale, MER de celle de la manipulatrice radio.

DG : « Non, mais attendez, vous avez vu comme vous nous agressez ? Qu'est-ce que vous croyez ? Qu'on n'est pas dans le même bateau ?! »

MER : (furieuse) « Vous vous êtes bien ! Vous vous appuyez sur les cadres sup. »

DG : « Vous rigolez ?! Comme vous je souffre de fatigue physique et de charge mentale »
[...]

MER : « Je veux bien m'asseoir dans votre fauteuil moi, ça me reposerait ! »

DG : « Je ne pense pas ! » Elle insiste ensuite sur le fait que la responsabilité est collective dans la situation actuelle, ce qui met les agents encore plus en colère. [...]

MER : « Vous ne comprenez pas que les examens sont plus longs et que donc ramenés sur une journée ils rapportent moins. **L'activité est là, mais sous prétexte que les chiffres ne sont pas bons, on supprime des salles alors que les salles sont les poumons de l'activité. Et la violence augmente dans le comportement des patients notamment à cause de ces contraintes d'organisation et des locaux. On est tous en train de craquer. On a vraiment l'impression d'être tout le temps roulé dans la farine, c'est insupportable !** »

DG : « Qu'est-ce que vous proposez ?! »

MER : « On donne le max de nous, on est à la limite du craquage. **Et ça prouve bien que vous ne nous écoutez pas, on vous avait prévenus !** »

Nous avons intégré à l'extrait précédent la réponse du Président de la Commission Médicale d'Établissement, il s'agit du représentant des médecins au sein de la direction générale. On remarque qu'au niveau de la direction, comme une tentative de recréer du lien et de justifier leur appartenance au monde du soin, ceux-ci reportent la responsabilité sur les pressions exercées par le gouvernement et notamment sur la rigidité avec laquelle on les enjoint à appliquer un certain modèle de gestion en haut lieu. Ainsi, il convient de s'interroger sur ce qu'il en est des politiques de communication du gouvernement sur le dispositif qualité à l'hôpital.



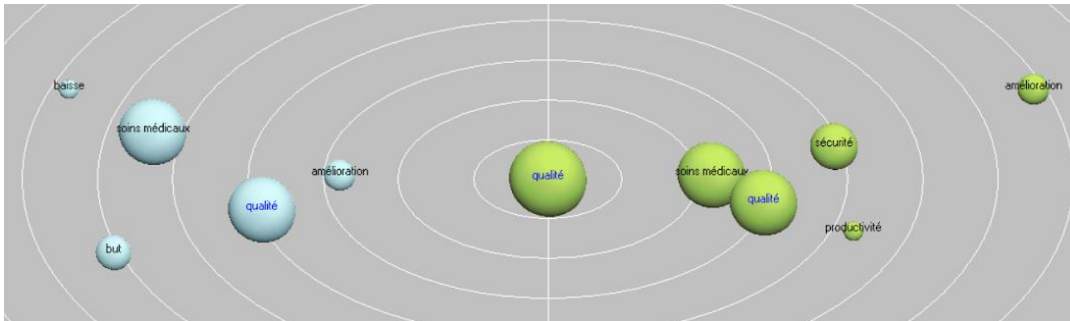
Corpus : thématique Qualité

Les enjeux principaux, sous-tendus par le dispositif qualité en centre hospitalier, sont d'assurer la sécurité des personnes à qui sont destinés les services (ici les patients) et de favoriser un fonctionnement et un développement continu de la qualité des prestations données. Ce dispositif se décline en deux volets, concomitants à la notion de qualité : la sécurité et la modernisation. Comme les autres dispositifs adossés au NMP, celui-ci est promu par des discours officiels que nous avons étudiés au titre du niveau des politiques de communication des ACO (Bouillon, 2008). Ces discours, produits et portés par les organisations, ont pour objectif de légitimer les transformations attendues au dispositif. Nous avons vu, dans le paragraphe précédent, que les instances dirigeantes du centre hospitalier observé, ont tendance à légitimer leurs actions en reportant la responsabilité de, ce que les soignants appellent la « violence institutionnelle » (Annexe n°1, p.74), sur leurs propres instances dirigeantes et sur le gouvernement. Selon les discours, il semble que la « violence » cascade, ainsi, depuis les ministères jusqu'aux soignants. Il convient de s'interroger sur ce qu'il en est des politiques de communication du gouvernement sur le dispositif qualité à l'hôpital.

Pour mettre en évidence la perspective du gouvernement sur ce dispositif qualité, nous avons choisi de présenter des extraits de notre rapport d'analyse de corpus concernant les catégories <Qualité>, <qualité>, <moderniser> et <sécurité> relativement aux objectifs du NMP identifiés théoriquement (voir Partie III, chapitre 1). La catégorie <qualité> rassemble toutes les occurrences appartenant aux champs sémantiques de la qualité, l'amélioration, la modernisation et la sécurité. La catégorie <moderniser> regroupe, quant à elle, toutes les occurrences appartenant au champ sémantique du verbe moderniser. Enfin, la catégorie <sécurité> regroupe tous les mots appartenant aux champs sémantiques de la sécurité et de la gestion des risques. Il s'agit d'identifier dans ces catégories ce que les politiques de communication adossées au NMP disent du dispositif qualité.



Graphique 4: Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <Qualité>



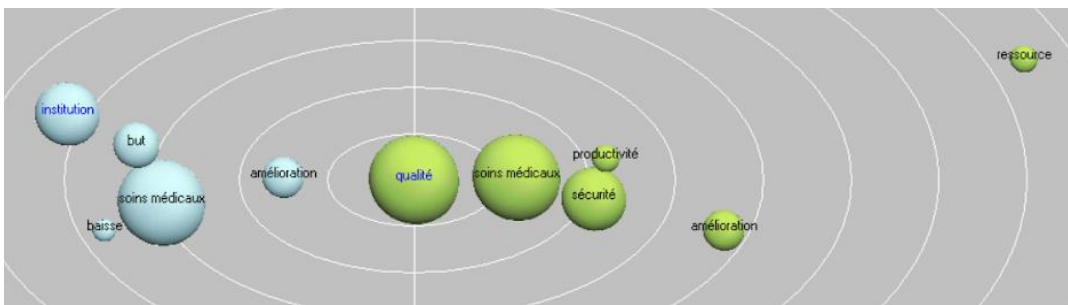
Tout d'abord, quelques éléments sur la l'arborescence de la catégorie <Qualité>. Nous attirons l'attention du lecteur sur la majuscule. Comme nous pouvons le constater sur le graphique, la catégorie <Qualité> comprend une sous-catégorie <qualité>. Cela s'explique par le fait que le dispositif <Qualité> à l'hôpital comprend d'autres éléments que ceux strictement correspondants aux champs sémantiques ayant trait à la <qualité>. Élaborée à partir de nos hypothèses de travail, elle regroupe toutes les occurrences des champs sémantiques suivants : <qualité>, <norme>, <expertise>, <cohérence> et <certification>. Nous avons trouvé dans notre corpus, 541 mots équivalents à cette première catégorie.

Nous pouvons remarquer que le graphique indique une relation très proche entre <Qualité> et <soins médicaux>, mais également entre <Qualité> et la sous-catégorie <qualité>. Cette dernière est composée des occurrences appartenant aux champs sémantiques de la qualité, l'amélioration, la modernisation et la sécurité. Cela montre notamment que les textes à destination des particuliers et des professionnels insistent particulièrement sur l'importance de la sécurité des soins et des démarches attenantes. On remarque également que la catégorie <Qualité> entretient une relation proche avec la catégorie <amélioration>. Cela indique une focalisation relativement importante sur la démarche d'amélioration de la qualité. Celle-ci s'inscrit dans un objectif plus global, que nous avons identifié, précédemment, comme étant directement lié au NMP : l'amélioration continue des services. Il est intéressant de noter, également, que cette dernière est suivie de près par les catégories <sécurité>, <productivité> et <but> (classe réunissant la terminologie des objectifs). Cela indique une relation importante

dans notre corpus entre la notion de qualité et des objectifs en termes de sécurité, de productivité, mais également, pour reprendre nos précédentes remarques, en termes d'amélioration continue.



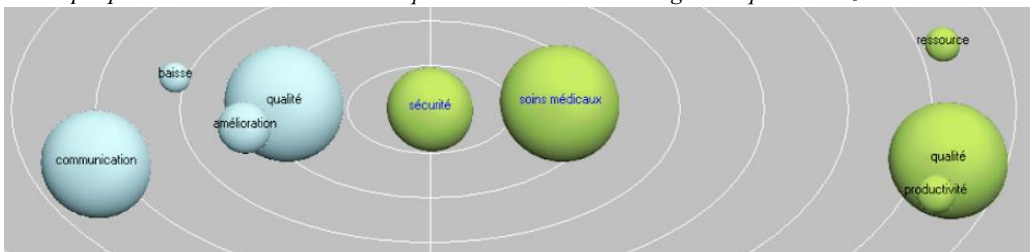
Graphique 5: Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <Qualité> - zoom <qualité>



Si l'on procède à un focus sur la sous-catégorie <qualité>, on remarque sensiblement les mêmes dynamiques. On remarque que les relations les plus proches sont, dans l'ordre, <soins médicaux>, <amélioration>, <sécurité> et <productivité>. Cette sous-catégorie <qualité> représente 425 mots sur 541 et comprend toutes les occurrences appartenant aux champs sémantiques de la qualité (122 sur 425), de la modernisation (89 mots sur 425) et de la sécurité (214 sur 425). En termes de répartition on peut noter d'emblée une attention particulière à informer sur la sécurité – comprenant de très nombreuses références à la protection des patients et à la gestion des risques liés aux prises en charge.



Graphique 6 : Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <qualité> - zoom <sécurité>

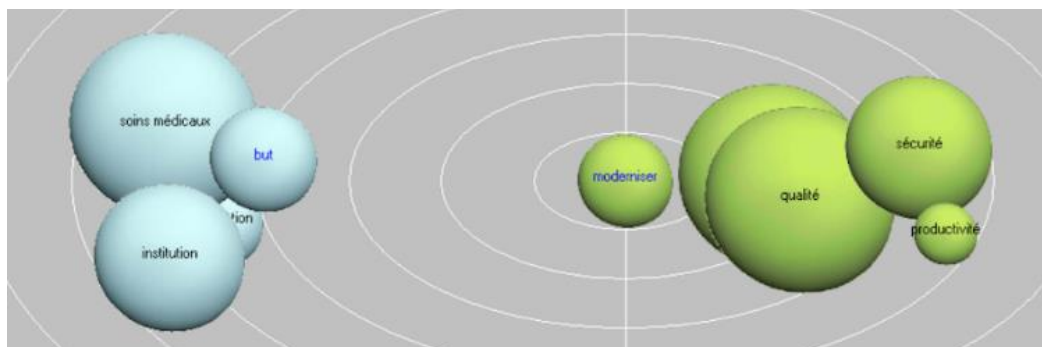


Le graphique ci-dessus représente les relations entre la classe d'équivalent <sécurité>, comprise dans la classe <qualité>, et les autres classes. On remarque qu'elle concerne principalement les <soins médicaux> et la notion d'<amélioration>. Après vérification des *verbatim*, il s'agit essentiellement de textes portant sur l'importance d'améliorer la sécurité des soins par une meilleure prise en compte et une meilleure réponse aux risques attenants aux prises en charge. Il s'agit, pour la plupart, d'extraits de programmes politiques à destination des citoyens.

Il semble que la notion d'<amélioration> et plus largement de modernisation tienne également une part importante dans notre corpus concernant la qualité.



Graphique 7: Relation des classes d'équivalent au sein de la catégorie <qualité> - zoom <moderniser>



La catégorie <moderniser> comprend tous les mots ayant trait au champ lexical du verbe moderniser et de l'amélioration de manière générale. Le lecteur peut voir sur le graphique deux bulles cachées, le fait qu'elles soient cachées n'a pas de valeur particulière pour l'interprétation, cependant il s'agit à gauche de la notion d' <amélioration> et à droite de <soins médicaux>. Ainsi, on peut remarquer que la classe <moderniser> entretient ses relations les plus proches avec les classes <soins médicaux>, <qualité>, <sécurité> et <productivité>, reprenant les piliers du NMP que nous avons établi théoriquement dans la première section de ce chapitre.

Pour résumer, il semble que, dans notre corpus, les politiques de communication relatives à la catégorie <Qualité> insistent particulièrement sur l'importance de la qualité des soins. Ils mettent également l'emphase sur les perspectives d'amélioration continue des services grâce au dispositif qualité, comprenant plusieurs objectifs clés en termes de sécurité et de productivité. Après vérification, les textes contiennent, essentiellement, des références à l'efficience et à l'efficacité de divers éléments (des soins, des dispositifs, des secteurs, des dépenses, du système de santé, etc.). La sécurité est un point important dans notre corpus. Le terme revient régulièrement et est très souvent associé aux thématiques de la qualité. Les textes analysés insistent particulièrement sur la gestion des risques liés aux prises en charge pour les patients. Pour la plupart, il s'agit d'extraits de programmes politiques et de présentation de plan d'action relatifs aux politiques nationales de santé, dont la visée est persuasive. On peut alors envisager qu'il s'agisse d'un thème important pour le public, suffisamment important pour nécessiter une réponse politique. Aussi, peut-on en déduire, en négatif, un sentiment d'insécurité quant aux prises en charge. **Les discours portés par le gouvernement autour de la qualité auraient donc pour objectif de rassurer les particuliers sur la qualité des prises en charge, entendue comme une conjonction de qualité des soins (au sens de bonnes pratiques), de sécurité et d'efficience.**

Que retenir de cette analyse ?



L'analyse des situations à laquelle nous avons procédé a permis de mettre en évidence que les dispositifs de gestion et d'optimisation, tels que le dispositif qualité, ont, dans une certaine mesure, un intérêt en termes de maintien des bonnes pratiques, niveau de prestation et de sécurité. Ils s'inscrivent dans une perspective d'amélioration continue des services dispensés. Pour autant, nos exemples ont également montré que **ces dispositifs peuvent interférer avec le quotidien des soignants, induisant de leur part beaucoup de créativité pour faire coexister les deux définitions de la qualité dans leur travail.**

La qualité comme dispositif se manifeste *in situ* de manière variée. Nous avons concentré notre propos sur la multiplication des réunions de fonctionnement en vue d'un contrôle qualité et sur la standardisation des protocoles de prise en charge.

Nous avons vu que l'un comme l'autre interfère avec la pratique des soignants observés (cadres et infirmières). Le premier, constitue un irritant récurrent qui débordent souvent le cadre normal des horaires de travail des cadres et qui les enjoint à rester vigilants et flexibles dans leur organisation au quotidien. Parfois, au détriment de l'expression et de la satisfaction de leurs propres besoins. Le second prend la forme de nouveaux protocoles qualité standardisés (homogénéisation des chariots d'urgence et réorganisation des pharmacies) qui peuvent perturber l'exercice de soin. Les changements d'organisation, qui accompagnent la standardisation des protocoles, peuvent fortement déstabiliser les soignants dans l'exercice de leur métier et créer une dynamique de tension particulière (insécurité, panique, etc.) Par ailleurs, par définition, la standardisation des protocoles ne prend pas en considération la spécificité des soins pratiqués dans les services. Cela peut complexifier rapidement une prise en charge d'urgence, comme nous l'avons vu dans nos exemples.

Ces situations demandent aux soignants d'être réactifs et créatifs pour s'adapter en temps réel à des dispositifs qui structurent et transforment leurs prises en charge dans un contexte réglementaire constamment négocié et mouvant.



L'analyse des processus de communication ayant trait aux dispositifs qualité à l'hôpital met en évidence l'importance de faire converger les exigences de fonctionnement de l'organisation et les attentes des patients au moyen de standards de qualité et de protocoles cohérents entre eux et avec les prises en charge. Nous avons également noté une réelle conscience des soignants des enjeux de gestion d'une structure telle qu'un centre hospitalier, en plus d'un désir sincère de participer à l'effort collectif et d'appliquer correctement les règles.

Cependant, la complexité inhérente aux activités de soin et la complexité de l'organisation de ces activités requièrent une « **mise en compatibilité** » (Grosjean, 2008) **permanente des tâches** et, selon nous, des différents ensembles de représentation présents *in situ*, pour garantir le fonctionnement continu de l'activité. Or, cette « mise en compatibilité » peut se révéler très difficile pour les soignants. **Elle prend sa source dans un conflit de valeurs sous-tendu par la notion de qualité (Ogien, 2009 ; Lépine, 2012 ; Viard, 2014) et peut être à l'origine d'un sentiment d'insatisfaction, de malaise qui peut transformer les échanges interpersonnels et interprofessionnels in situ, en rapport de force.** La question qui cristallise le plus de tension semble être celle des moyens alloués aux soignants pour atteindre le niveau de qualité de prestation promis par les protocoles. Il ressort des discours des soignants que la convergence entre gestion et rationalisation entrave la prise en charge qualitative du patient, certains parlent même de maltraitance.

Dans cette perspective, il semble que le dispositif ne participe que partiellement à l'efficacité de l'organisation, et ce, au détriment de la qualité de vie au travail des soignants (baisse de moral, débordements affectifs, sentiment de perte de sens, sentiment de devenir ou d'être maltraitant). Cette situation relève, selon nous, de la même dynamique que les conflits de loyauté chez les cadres de santé, décrits par V. Lépine (2012). Les soignants se retrouvent en position de devoir assumer la responsabilité d'une forme de maltraitance de leur patient sur laquelle ils n'ont pas prise. **La persistance dans le temps de cette situation engendre en interne des conflits de valeurs ouverts, parfois violents, entre la direction générale et les soignants.** Cela peut aller jusqu'à rompre la communication entre l'administration et les équipes soignantes.



L'analyse des politiques de communication sur le sujet de la qualité montre l'importance que les instances gouvernementales accordent à la qualité (dans le sens de bonnes pratiques), la sécurité et la modernisation des prises en charge. Les textes en question sont pour la plupart des programmes politiques ou des présentations de plan d'action concernant la qualité. Ils appuient le déploiement de protocoles de gestion des risques renforcés et de dispositifs, dont

l'objectif est d'améliorer, de moderniser et de sécuriser les prises en charge et leurs sécurités pour les patients. Il nous apparaît alors qu'ils sont déployés dans l'intention de rassurer les patients sur les bonnes pratiques, la sécurité et le processus d'amélioration continue des prises en charge au sein des organisations de santé.

L'analyse de discours ne nous dit rien des pressions exercées sur les directions de centres hospitaliers pour se conformer aux attentes des plans d'actions du gouvernement, comme le laissait penser l'intervention du PCME¹⁰² dans notre exemple. Pour autant, la rigidité avec laquelle ces instances enjoignent les directions à appliquer un certain modèle de gestion, transparaît :

- dans l'insistance des discours sur la gestion des risques et la sécurité des patients comme garantie absolue,
- par l'intermédiaire de protocoles normés et standardisés, de contrôles constants de la qualité des prises en charge,
- et par le dispositif de certification et de classement national des hôpitaux en fonction de leur conformité aux standards garantis par l'État.

Par rapport à nos hypothèses

Cette analyse à trois niveaux tend à confirmer nos hypothèses.

La qualité comme dispositif est déployée au sein des centres hospitaliers pour répondre à deux objectifs principaux : assurer la satisfaction et la sécurité des patients lors des prises en charge et favoriser le fonctionnement et le développement continu de la qualité des services dispensés. Le dispositif qualité peut se manifester de manière variée en situation de travail. À noter que l'intention première est de faire coïncider les exigences de gestion de l'activité avec les attentes des patients en termes de qualité.

L'analyse des situations et des processus a montré que le déploiement de protocoles qualité standardisés et les dispositifs de contrôle attendants peuvent interférer avec le quotidien des soignants et la réalisation des soins. Par extension, il est également susceptible de générer,

¹⁰² Voir Glossaire p.429

de manière récurrente, des situations de tensions particulières allant du malaise quotidien et de l'irritation au conflit de valeur ouvert, voire violent, entre la direction et les soignants. Ces observations confirment notre hypothèse selon laquelle transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail. La plupart des soignants observés témoignent d'une incompatibilité du modèle de gestion et des standards de bonnes pratiques inhérents aux ensembles de valeurs du soin (Ogien, 2009 ; Lépine, 2012 ; Viard, 2014). Ils témoignent également d'un épuisement latent, lié aux efforts de « *mise en compatibilité* » (Grosjean, 2008) constants. Cette « *mise en compatibilité* » est en quelque sorte déléguée aux soignants, de sorte qu'ils se retrouvent à porter la responsabilité du bricolage (De Certeau, 1980 | 1990) des situations in situ, mais également de ses conséquences (insatisfaction, dégradation de la qualité des prestations, sentiment de maltraitance, etc.). Ce phénomène entraîne, selon nous, *a minima*, un sentiment commun de colère et de lassitude inhérent aux « *conflits de loyauté* » (Lépine, 2012) que cela représente. Cela peut aller, potentiellement, jusqu'à des extrémités tragiques (burn out, bore out, brown out, suicides et/ou tentatives de suicide sur le lieu de travail, etc.) directement liées à la dégradation constante des conditions de travail des soignants.

Par ailleurs, nous avons pu observer dans quelles mesures ce dispositif de gestion et de rationalisation, **entraîne la dégradation de la communication interpersonnelle et interprofessionnelle, à plusieurs niveaux**. La rationalisation des prises en charge par la standardisation des protocoles de soin induit des dynamiques de tensions particulières en fonction des services. La transformation récurrente de l'organisation, inhérente à la fois au déploiement du dispositif qualité et au contexte mouvant des réformes attenantes, induit un sentiment latent d'insécurité chez les soignants dans l'exercice de leur travail et crée des tensions communicationnelles individuelles et collectives.

Nous avons, également, mis en évidence les problématiques communicationnelles que cela peut engendrer au niveau interpersonnel et interprofessionnel. Nous avons pu observer que le dispositif qualité a tendance à cristalliser des conflits de valeurs entre les soignants et les directions. En effet, à certains égards, dans ses manifestations in situ, nous avons remarqué qu'il était vécu comme une forme de violence institutionnelle liée à la confrontation entre la valeur Qualité (au sens de bonnes pratiques) et celle de Qualité (au sens de conformité avec

les objectifs du NMP). Ces tensions compliquent grandement la communication entre les soignants et les instances de direction. Nos exemples montrent qu'elles peuvent rapidement se transformer en conflits ouverts, voire, amener à rompre la communication entre soignants et directions. Nous avons fait l'hypothèse que mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmentée (Lépine, 2012) sa dimension communicationnelle. Il semble ici que ce soit, en effet, l'objectif de rationalisation de la qualité des soins qui soit au cœur des tensions et qui rend extrêmement difficile la communication entre les différentes parties.

Synthèse des acquis

L'objectif de ce premier chapitre était de présenter les résultats de notre analyse concernant les dispositifs adossés au NMP. La démarche pour les identifier a consisté à mettre en évidence les objectifs du NMP à partir de travaux d'auteurs de références en SIC sur les liens entre NMP et secteur santé (Lascoumes, Le Gales, 2002 ; Bèzes, 2008 ; Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009 ; Gardère, 2012 ; Mayère, 2013). Compte tenu de notre perspective communicationnelle, il nous a semblé plus intéressant d'envisager ces dispositifs dans leur manifestation et leur articulation au niveau des situations, des processus et des politiques de communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2008). De fait, ces objectifs mis en évidence, nous ont aidés à caractériser la façon dont ils se manifestent *in situ* et les rationalités qu'ils sous-tendent. Nous avons mis en évidence trois types de rationalités principales : des dispositifs de gestion (Moison, 1997), d'optimisation (Boltanski et Chiapello, 1999 ; Bouillon, 2003 ; Ogien, 2009) et de contrôle (Foucault, 1975).

Nous avons concentré la présentation de nos résultats sur les objectifs et les dispositifs les plus saillants. C'est-à-dire les plus récurrents dans les discours des personnels observés et interrogés, mais également ceux caractérisés comme étant les plus problématiques par ces mêmes soignants. Ainsi, nous avons présenté des éléments sur la quantification de l'activité, l'informatisation des tâches et le contrôle qualité. Les résultats de cette analyse tendent à confirmer nos hypothèses.

Premièrement, nous avons pu mettre en évidence que la quantification de l'activité concentrait un certain nombre de dispositifs de gestion comprenant par exemple :

- envisager la prise en charge patients en termes de productivité et avec des objectifs à remplir,
- des plans d'action incluant une planification,
- la production d'indicateurs au moyen d'outils de gestion et leur contrôle par la hiérarchie.

Ces dispositifs procèdent effectivement d'une transformation du modèle de fonctionnement des services de soin en vue d'augmenter leur productivité. Leur objectif est de contrôler à tout instant la conformité des performances des services aux attendus de l'organisation en termes d'efficacité, de rentabilité et de qualité. Nos résultats mettent en lumière le fait que ces dispositifs sont source de tensions pour les acteurs, notamment au niveau des situations et des processus. En effet, ils sont à l'origine de dynamiques communicationnelles particulières (cloisonnement interprofessionnel, éviction) et de difficultés significatives d'investissement affectif et de subjectivation du travail (rupture de communication, découragement, souffrance) facilitant une dynamique de fragmentation – à la fois au sens de cloisonnement des différents corps de métiers et de déliaison du sens du travail – de la communication au sein des services (Floris, 1996 ; Lépine, 2012).

Ensuite, nous avons mis en évidence que l'informatisation des tâches concentrait également des dispositifs de gestion, incluant par exemple :

- la structuration de l'activité de soin par des injonctions gestionnaires,
- au moyen d'outils de gestion et de systèmes d'information intégrés à l'activité,
- faisant la part belle aux technologies d'information et de communication (TIC) dans l'activité.

Ces dispositifs portent, à l'origine, l'intention de permettre aux soignants de produire des données de soin en leur facilitant la tâche au maximum (nomenclature, ciblage, cases à remplir). Or, nos résultats montrent que du point de vue des soignants, ces dispositifs représentent, en fait, une charge de travail supplémentaire (travail d'écriture supplémentaire, lecture difficile, difficultés de connexion, puis d'accès aux informations, etc.) et une source de tensions interpersonnelles et interprofessionnelles. Aussi, si l'objectif de départ est de faciliter les processus de communication, nos résultats montrent qu'en fait ces dispositifs cloisonnent également la communication au sein des services. Nous avons pu observer notamment qu'ils

altèrent la qualité des échanges liés au soin. Pourtant ces échanges sont des processus de communication nécessaires à la prise en charge des patients (Mayère, 2014). Les soignants se trouvent alors en difficulté à double titre : ils ont le sentiment de ne pas s'investir suffisamment auprès du patient, pas comme ils le souhaiteraient, et se trouvent de plus en plus souvent en situation de conflits ouverts et/ou fermés, en situation de gérer des irritants récurrents liés aux outils et/ou isolés et en difficulté dans la pratique de leur métier.

Enfin, le contrôle qualité concentre des dispositifs à la fois de rationalisation, de contrôle et de gestion, tels que par exemple :

- la certification des hôpitaux,
- la procédurisation du soin,
- la mise sous condition des ressources financières des services,
- la standardisation des pratiques de soin et des protocoles de prise en charge.

Nos résultats mettent en évidence que ces dispositifs peuvent interférer avec le quotidien des soignants. Ils peuvent mettre en difficulté l'exercice du soin, notamment par sa trop grande procédurisation, technicisation ou standardisation. Le respect des dispositifs qualité représente également, selon les soignants, une charge de travail supplémentaire. Nous avons pu observer que cette charge de travail était source de tension à double titre. D'une part, elle a tendance à rendre toute une partie du travail de soin, notamment du travail communicationnel, invisible. D'autre part, elle enjoint, par extension, les soignants à faire preuve d'une créativité (Ménissier, Martin-Juchat, Lépine, 2017) constante pour pallier les limites des dispositifs et assurer la continuité de l'activité. Ils sont également à l'origine tensions extrêmement vives, notamment entre la direction générale et les soignants, cristallisées par les conflits de valeurs non résolus sur les modèles de gestion de l'activité de soin pouvant aller jusqu'à une rupture des liens de communication avec refus de coopérer. Ces situations sont très difficiles à vivre pour les soignants. Ils sont tiraillés entre conflits de loyautés et conflits de valeurs pouvant entraîner épuisement professionnel, un très fort sentiment de perte de sens, contestations publiques et/ou des extrémités dramatiques comme les tentatives de suicide ou les suicides sur le lieu de travail.

L'étude de ces différents dispositifs, appréhendés dans leur articulation au niveau des situations, des processus et des discours institutionnels, tend ainsi à confirmer que :

- mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmentée sa dimension communicationnelle,
- et que, transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également les dynamiques communicationnelles, l'investissement affectif et la subjectivation du travail.

On voit, ici, dans quelle mesure disposer d'une fonction de médiation se révèle différent d'être effectivement médiateurs. Les intentions premières des dispositifs se perdent parmi leurs conséquences directes et indirectes sur le quotidien des soignants. Nos résultats mettent en évidence que les agents humains et non humains peuvent porter une fonction de médiation symbolique sans être médiateur pour autant, car ils se heurtent au sens du travail et aux manifestations affectives des soignants. Nos observations tendent à confirmer notre hypothèse principale selon laquelle ces manifestations affectives peuvent être envisagées comme indices des limites de la médiation symbolique des dispositifs adossés au NMP. On peut s'interroger sur l'origine de ces limites. Il s'agit de l'objet du chapitre suivant. Nous y verrons notamment que non seulement, les manifestations affectives sont effectivement un indice intéressant des limites de leur fonction de médiation symbolique, mais également que leur défaillance se produit, précisément, au niveau affectif.

CHAPITRE 2 : Manifestations affectives et valeurs en situation

Dans le chapitre précédent, nous avons vu les résultats de notre analyse concernant les dispositifs info-communicationnels adossés au NMP. L'objet de ce second chapitre est de présenter nos résultats concernant les récits affectifs des soignants en situation. Il convient de noter que nous entendons le terme de récit affectif au sens de manifestations affectives perçues par nos soins puis validées par les soignants observés en situation et interrogés. Les résultats présentés dans le chapitre précédent montrent que les intentions premières, de modernisation, de rationalisation et de simplification de l'activité, portées par les dispositifs adossés au NMP, se dissolvent dans leurs effets et conséquences sur le quotidien des soignants. Ainsi, ces résultats révèlent la faillite des dispositifs info-communicationnels, notamment du point de vue de leur fonction de médiation symbolique. Nous pouvons en déduire qu'il ne suffit pas de disposer de ce type de fonction pour être effectivement médiateur. Il apparaît que ces dispositifs se confrontent en situation au sens du travail et aux manifestations affectives des soignants. L'approche anthropologique par la communication affective (Martin-Juchat, 2008, 2014, 2016 ; Dumas, 2016) permet ainsi, effectivement, de mettre en évidence les limites de la médiation symbolique de dispositifs. Par extension, elle permet de déterminer que cette défaillance se produit précisément au niveau affectif.

Pour explorer cette dimension, nous avons procédé à l'analyse de situations de communication (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007) à forte teneur émotionnelle. Il convient de noter que nous entendons l'expression « forte teneur émotionnelle » au sens d'affect manifesté ou exprimé avec une importance particulière, intelligible facilement par un interlocuteur ou un observateur (Dujardin et Lépine, 2018). Le tableau en Annexe n°12 (Vol. Annexes, p. 359) illustre cette analyse de contenu de situations.

Pour formaliser notre analyse de données, nous nous sommes inspirée du protocole d'analyse de situations mis en place lors de l'étude de POLISOMA. Ce protocole d'analyse de situation est disponible dans l'article intitulé « Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ? », rédigé par P.-P. Dujardin et V. Lépine (2018). Cette étude consistait à analyser quarante-sept situations à forte teneur émotionnelle, à partir des récits affectifs de cadres de santé. Les principaux résultats de cette étude mettent en évidence que les situations mises en récit par les cadres de santé

transcrivent un vécu collectif¹⁰³. Nous avons pu observer le même genre de dynamique dans avec nos observations. Les résultats de l'étude POLISOMA¹⁰⁴ ont fait l'objet d'une restitution aux cadres de santé parties prenantes de l'étude afin de valider l'essentiel des interprétations. Nous avons procédé de même, mais au cours de nos observations, selon le processus itératif de la théorisation ancrée. Dans la lignée de la méthodologie mise en place lors de cette étude, nous avons extrait les situations à forte teneur émotionnelle à partir de notre corpus et nous illustrerons notre propos à l'aide de situations représentatives des points développés. La différence est que nous ne nous sommes pas appuyées sur le modèle du PAD d'A. Mehrabian (1980)¹⁰⁵, mais sur des catégories d'analyse en lien avec nos hypothèses.

Après l'extraction des *verbatim* correspondant à nos catégories conceptuelles « Situations » et « Affects », nous avons procédé à une sous-catégorisation du contenu afin de faire émerger les acteurs, les types d'interactions en jeu et les valeurs sous-jacentes à la situation. Selon l'approche anthropologique par la communication affective, l'organisation sociale est structurée par des normes affectives conditionnant ce qui est attendu de nous dans certaines situations (Martin-Juchat, 2008a). Ces normes affectives sont conditionnées selon P.

¹⁰³ À l'échelle du groupe principalement, les résultats sont non généralisables, compte tenu de la taille de l'échantillon.

¹⁰⁴ Les autres résultats principaux montraient notamment que :

- Les professionnels hospitaliers attendent des cadres qu'ils résolvent les tensions organisationnelles et améliorent leurs conditions de travail. A ce propos, les cadres estiment, d'ailleurs, que « *la « gestion des émotions » et la régulation des communications affectives comme le cœur même de leur fonction.* » (Dujardin et Lépine, 2018 : 514)
- Certaines situations peuvent être déstabilisantes pour les cadres. P.-P. Dujardin et V. Lépine (2018) soulignent, à ce sujet, que dans ces cas-là, les cadres ont tendance à s'extraire de la situation, laisser poser un temps, pour ensuite revenir avec une solution. Dans ce laps de temps, les cadres procèdent en général à une « *intense activité info-communicationnelle (recherche de contacts, mobilisation d'un réseau d'affinités et de connaissance, etc.), afin de solliciter des ressources institutionnelles (collègue cadre, supérieur hiérarchique) pour faciliter la prise de distance et améliorer l'analyse de la situation grâce à un accompagnement extérieur rapidement mobilisable et de confiance.* » (Dujardin et Lépine, 2018 : 515).
- Lorsque les cadres reviennent à la situation, ils peuvent procéder à des temps d'échange privilégiés avec les parties prenantes de la situation afin de « *mettre les choses à plat* », ou présenter une solution trouvée grâce aux ressources qu'ils auront mobilisées. L'objectif de la résolution consiste en « *développer une dynamique de compréhension collective des oppositions avant d'explorer une solution pérenne convenant à tous pour éviter que la même situation ne se reproduise.* » (Dujardin et Lépine, 2018 : 515)

¹⁰⁵ Le modèle du PAD d'A. Mehrabian (1980) est un outil méthodologique issu de la psychologie. A l'occasion du projet POLISOMA, il a été utilisé dans le cadre d'une méthodologie pluridisciplinaire. Il s'agit d'une échelle d'évaluation des affects selon les modalités de valence (plaisir – déplaisir) et d'intensité. Elle comprend trois dimensions : le plaisir (pleasure), l'éveil (arousal) et la domination (dominance) selon lesquels l'individu doit évaluer les différents éléments présentés par les chercheurs selon une échelle allant de + 4 à - 4. Dans le cadre de POLISOMA, ce sont les chercheurs parties prenantes de l'étude qui se sont prêtés à une analyse collective des situations données par les cadres de santé selon le modèle du PAD. Il s'agissait ainsi de déterminer collectivement selon une échelle donnée la valence et l'intensité affective des situations que nous avaient partagées les cadres de santé.

Viard (2014) par des principes qui guident l'action et les comportements : les valeurs (Moscovici, 1961 ; Schwartz, 2006). Définies socialement et à partir de nos perceptions et de nos interactions, elles sont médiées au quotidien notamment par les affects, comme dispositifs de médiation sociale (Martin-Juchat, 2008a). À ce titre, les situations à forte teneur émotionnelle témoignent, à travers les manifestations affectives, des ensembles de valeurs soutendus par les parties prenantes de la situation. Combiner une ACO à une approche anthropologique par la communication affective nous permet de faire le lien entre mettre au jour les dimensions symboliques qui traversent et construisent les organisations, et le rôle des affects dans les processus de normalisation. Dans cette perspective, étudier les manifestations affectives au niveau des situations permet de déterminer à rebours la façon dont les valeurs s'incarnent à travers des processus de communication.

La première section de ce chapitre est dédiée à la présentation du contexte affectif global tiré de nos observations et de nos entretiens. Nous verrons plus précisément la place accordée aux émotions en situation de travail à l'hôpital et pourquoi l'articulation entre médiation symbolique et affects échoue dans ce contexte particulier.

La deuxième section est dédiée à l'analyse des situations à forte teneur émotionnelle et en particulier à l'exploration du lien entre valeurs, affects et situations. Dans la lignée de P. Viard (2014), nous nous intéresserons particulièrement aux valeurs sous-tendues par les situations. Nous verrons notamment que les situations à forte teneur émotionnelle relèvent de conflits de valeurs nourris par une difficile mise en compatibilité de l'esprit du soin et de l'esprit du NMP.

Enfin, la dernière section de ce chapitre est dédiée à la présentation de perspectives inattendues, observée grâce aux différentes itérations (Glaser et Strauss, 1967) d'interprétation de notre terrain. Nous verrons notamment dans quelles mesures, si les affects sont invisibles comme opérateurs constitutifs du travail pour l'organisation, ils jouent, en réalité, un rôle important dans les pratiques professionnelles des soignants. Nous verrons également que l'affection – au sens de la manifestation d'un sentiment d'attachement pour autrui – apparaît dans notre étude comme un facteur privilégié de mise en mouvement et de résolution de conflits.

Section 1 : Contexte affectif global à l'hôpital

La première section de ce chapitre est dédiée à la présentation du contexte affectif global tiré de nos observations et de nos entretiens. Pour comprendre l'origine de ces résultats, il convient de rappeler quelques éléments méthodologiques. Une partie de notre exploitation de données a consisté en des relectures successives et d'un codage thématique de nos observations et de nos entretiens. Les résultats présentés dans cette section sont ceux de la catégorie « Affects » au sein de laquelle nous avons recensé toutes les mentions à des affects (passions, émotions, sentiments) (Martin-Juchat, 2008) dans nos corpus. L'analyse de la nature des matériaux relevés nous permettra d'établir une cartographie affective globale et par acteurs de notre terrain.

Nos résultats nous permettront également d'aborder la question de la place des émotions à l'hôpital aujourd'hui. Nous verrons également plus précisément la place accordée aux émotions en situation de travail à l'hôpital et pourquoi l'articulation entre médiation symbolique et affects échoue dans ce contexte particulier.

Cartographie affective de notre terrain

Les résultats concernant le contexte affectif global nous permettent d'établir une cartographie affective globale des services dont nous avons pu observer le fonctionnement. Comme précisé en introduction de cette section, il s'agit des résultats issus de l'analyse d'un codage thématique de nos observations et de nos entretiens. Plus précisément, il s'agit des résultats de la catégorie « Affects » qui regroupent toutes les mentions et les manifestations en lien avec des affects (Martin-Juchat, 2008) au sein de nos corpus. Le lexique des affects que nous avons utilisé est très varié. Cette variété s'explique par le fait que le lexique a été co-construit à partir des récits des soignants et de nos interprétations. Nous avons souhaité rester au plus proche de la qualification des soignants. Il convient de noter que les manifestations affectives qui n'auraient pas été explicitées d'elles-mêmes ont fait l'objet d'une qualification par nos soins, puis d'une demande de validation. Suite à notre compilation, nous avons procédé à un comptage des occurrences de chaque affect pour déterminer lequel revenait le plus souvent dans les discours des soignants.

Tableau 10 : Comptage des occurrences affectives tout acteur confondu

Compter - Nature Aff	Données
Nature Aff	AFF
Abjection	1
Agacement	29
Angoisse	4
Apathie	1
Appréhension	19
Attachement	8
Colère	111
Contranété	1
Culpabilité	12
Déception	8
Découragement	2
Dépit	1
Désabusement	1
Désespoir	2
Détachement	7
Détresse	3
Embarras	11
Exaspération	15
Excedée	5
Fatigue	1
Fierté	2
Frustration	16
Honte	3
Inattention	1
Incompréhension	11
Indignation	36
Inquétude	25
Insatisfaction	2
Joie	6
Lassitude	20
Malaise	2
Mépris	3
Morosité	2
Peur	11
Plaisir	2
Réassurance	1
Regret	1
Résignation	6
Saturation	3
Sollicitude	6
Soulagement	9
Surprise	6
Sympathie	12
Tristesse	13
Total Résultat	441

Le tableau ci-dessus¹⁰⁶ représente les résultats du comptage d'occurrences de manifestations affectives, tous acteurs confondus. Ce tableau, et plus largement l'analyse qualitative des

¹⁰⁶ Dans un souci de reproductibilité et d'amélioration de la méthode, il convient de noter ici les remarques faites lors de la soutenance de ce travail. Il a été porté à notre attention plusieurs éléments déterminant la qualité de l'analyse de contenu concernant les situations, ces éléments représentent des limites du présent travail et demandent donc à être inclus dans les futurs travaux du même type.

- Premièrement, il convient de distinguer dans l'analyse ce qui relève des émotions saisies dans les discours et des émotions saisies in situ.
- Il convient également de spécifier la façon dont elles ont été identifiées relativement aux travaux de Micheli (2013) : les discours étant associés aux émotions « dites », et les observations in situ aux émotions « montrées » ;
- Enfin il est nécessaire de spécifier quelles manifestations affectives ont été reformulées par nos soins et selon quel lexique.

Plus largement, une attention particulière doit être portée à la méthode de recensement et de nommage des manifestations affectives.

situations à forte teneur émotionnelle, mettent en évidence une majorité d'affects négatifs en situation. Il convient de noter qu'à la fois sur le terrain et dans notre analyse, nous n'avons pas cherché à cibler spécifiquement les situations problématiques. Nous cherchions simplement des situations dont l'intensité émotionnelle était perceptible et vérifiable. Malgré cette absence de filtre, il se trouve que la grande majorité des situations rencontrées lors de nos observations sont des situations qui mobilisent en majorité des affects négatifs et notamment de la colère. C'est le cas pour le tableau ci-dessus regroupant tous les acteurs observés, mais il est intéressant de noter que c'est également le cas par type d'acteurs. Les manifestations affectives de colères sont celles que nous avons le plus observées sur notre terrain. Nous nous proposons de détailler ci-après des exemples de situations et de processus, dans lesquels intervient la colère comme marqueur de la faillite des dispositifs.



SITUATIONS



Centre B, observation cadre de santé, Annexe n°1, p154

Contexte : nous sommes dans son bureau et nous échangeons sur ses tâches quotidiennes. Elle reçoit un appel de sa cadre supérieure pour l'informer des résultats de la réunion concernant la gestion des entrées d'hospitalisation.

« La cadre est furieuse contre la direction générale (DG). Les cadres supérieurs ont eu une grande réunion avec la DG et on leur a annoncé qu'à compter du 3/10 (nous sommes le 13/09) les entrées d'hospitalisation seraient centralisées au 4A (un autre étage constitué en service de gestion des entrées) sans avoir contacté ou pris en compte l'organisation

Par ailleurs, en termes de représentation des données, il serait intéressant à partir des observations et des discours de réintroduire la catégorisation de Martin-Juchat (2008a) entre passions, émotions et sentiments pour obtenir une granularité plus fine de l'analyse.

*existante des services concernés. « Je suis folle. Ils me fatiguent. Genre on ne sait pas faire, on n'a pas de métier en fait ! [...] Je ne saurais pas dire s'ils ont décidé de détruire l'hôpital public ou s'ils sont tous allumés dans leur coin. » **La communication entre les parties prenantes est inexistante, de même que la communication institutionnelle sur le sujet. Elle a la sensation que les injonctions tombent.** La direction promet des actions de communication qui n'arrivent jamais au bon moment, voire **trop tard** la plupart du temps. « On fait quoi avec les patients nous ? Ah, mais ça ils s'en foutent ! »*

*Elle m'explique que la centralisation des entrées d'hospitalisation est mise en place afin de mieux tracer les cotations d'activité, et donc de faire plus d'argent : « **L'objectif c'est la rentabilité, parce qu'ils mettent des compétences sur la facturation patient ! [...]** Ça m'exaspère. [...] Bon... Il faut que j'aille entrer le planning à la noix. » Elle est plus silencieuse que d'habitude, je la sens très en colère. Les injonctions teintent son approche du travail. Elle adopte une posture de **résistance** « Il est hors de question qu'on se frappe les allers-retours. On ne le fera pas, on n'a pas que ça à faire. Et je ferai des fiches indésirables jusqu'à ce que ça s'organise correctement ! » **Les agents ont la sensation que la direction ne se met pas à la place des personnes concernées par les dispositifs qu'ils mettent en place.** Ça représente beaucoup de pression et une charge de travail supplémentaire. »*

Dans cette situation la colère se manifeste de plusieurs façons. Dans un premier temps, la cadre exprime verbalement sa colère envers la direction, elle exprime également d'autres affects comme l'incompréhension ou la lassitude. Ensuite, elle verbalise le problème et émet des hypothèses pour pallier son incompréhension et, en lien avec le contexte, déduit de la situation que la rentabilité est au cœur de cette restructuration. Enfin, elle adopte une posture de résistance en lien avec la réalité de l'activité de son service.

Ici, il nous semble que c'est la restructuration comme dispositif d'optimisation imposé qui cristallise la colère de la cadre. Parmi les éléments qui suscitent de la colère on retrouve notamment :

- **le fait que le dispositif ne soit pas co-construit** : « [...] on leur a **annoncé** qu'à compter du 3/10 (nous sommes le 13/09) les entrées d'hospitalisation seraient centralisées au 4A [...]. » Le fait que la mise en place du dispositif ne fasse l'objet que

d'une simple annonce lors d'une réunion entre les cadres supérieurs indique une élaboration et une prise de décision sans lien particulier avec le terrain ;

- que **les parties prenantes n'aient pas été contactées en amont** pour envisager la pertinence ou non de cette restructuration : « [...] *sans avoir contacté ou pris en compte l'organisation existante des services concernés. [...] La communication entre les parties prenantes est inexistante, de même que la communication institutionnelle sur le sujet. Elle a la sensation que les injonctions tombent. La direction promet des actions de communication qui n'arrivent jamais au bon moment, voire trop tard la plupart du temps.* » En filigrane de cet extrait on peut lire les multiples tentatives de construction d'une communication fluide entre les parties prenantes de la situation. Ce n'est vraisemblablement pas la première fois que ce genre de situation se produit. La cadre reproche à la direction une communication exclusivement verticale. Elle manifeste ici, implicitement, le désir d'un processus d'élaboration et de mise en place de dispositifs plus horizontal que ça ne l'est pour le moment. Pour autant, il convient de relever la mention à des promesses d'actions de communication de la part de la direction sur les changements d'organisation, qui indique, de fait, qu'un effort de communication institutionnelle peut exister. Cependant, la cadre souligne que ces actions « *n'arrivent jamais au bon moment* » ou trop tard. Cela indique un décalage potentiel, et probablement sous-estimé, entre la temporalité des activités de gestion et des activités de soin. Les retards dans la communication institutionnelle peuvent ainsi déstabiliser l'organisation des services, par extension la prise en charge des patients et viennent heurter le sens du métier des soignants ;
- et la **dénégation de leurs compétences d'organisation** : « *Je suis folle. Ils me fatiguent. Genre on ne sait pas faire, on n'a pas de métier en fait !* » Une autre manière de venir se heurter au sens du métier, ici notamment des cadres, est vraisemblablement d'imposer des changements d'organisation qui représentent une dénégalion des compétences des parties prenantes. Ici, la centralisation des entrées dans un service dédié ôte à la cadre une partie du travail d'organisation dont elle avait la charge jusqu'ici, sans justification ni sommation. On constate, dans cet extrait, que la gestion des entrées représente, ici, une part constitutive de ce que la cadre définit comme son « *métier* », lui laissant un sentiment de confiscation incompréhensible et d'infantilisation dans la gestion de son service.

Cette situation est un exemple particulier d'échec de la médiation symbolique d'un dispositif de gestion. En effet, la centralisation des entrées a pour objectif de faire coïncider l'optimisation du parcours patient par la simplification des flux de circulation dans l'hôpital et la rentabilisation de cette gestion des entrées. Dans les projections de la cadre, on perçoit que ce dispositif est voué à entrer en conflit avec une réalité de l'activité de soin non prise en compte dans son élaboration. Ce service centralisé disposera-t-il de suffisamment de personnel pour être joignable par les patients et les soignants ? Quelle logistique existera entre ce service et les services de soin ? La cadre se projette d'emblée dans la charge de travail supplémentaire que représente, a priori, cette nouvelle organisation et se prépare déjà à gérer les impondérables d'un dispositif censé simplifier l'activité, mais qui génère déjà de la confusion.



Centre B, observation infirmière de consultation, Annexe n°1, p. 159

Contexte : nous profitons d'une accalmie dans les prises en charge patient pour échanger sur ses conditions de travail.

*« Elle a l'impression que quand la direction s'intéresse au parcours patient c'est plus une excuse pour savoir comment faire plus d'argent ou pour faire de la pub sur l'HP au niveau national, que pour réellement s'intéresser à la qualité des prises en charge. « **L'argent c'est vraiment le nerf de la guerre, c'est pas forcément compatible avec la prise en charge telle qu'on l'envisage. On a quand même fait le choix du public quoi... c'est dérangeant de voir que l'hôpital est géré comme une entreprise. Les dernières années on passe plus de temps derrière nos ordi ou à faire de la paperasse qu'avec les patients. J'ai pas fait IDE pour faire de la paperasse moi ! [...]** Maintenant faut être rentable... Ils voulaient supprimer nos postes. Ça a été difficile cette période. Moi je n'avais plus envie de venir, j'avais la boule au ventre. C'est pas agréable quand ta direction te fait comprendre que tu sers à rien, c'est dévalorisant, t'as pas envie de venir le matin. Mais t'es rattrapée par ta conscience... » « On est des pions. Avant j'étais à [REDACTED], ça a dû changer depuis, mais à l'époque quand on partait en congé maternité et qu'on revenait les gestionnaires du service se débrouillaient*

*pour que tu aies la même place. Après tout tu connaissais déjà le boulot et l'équipe, c'était tout bénéf. Aujourd'hui, ici, quand tu pars en congé mat' tu perds ta place et on te punit en te mettant dans des services que tu ne connais pas quand tu reviens. Moi je me suis retrouvée en gériatrie comme ça. Je voyais les petites jeunes catapultées dans le service alors qu'elles avaient jamais fait de toilette... c'est choquant. Et la charge émotionnelle je t'en parle pas. Après les cadres s'étonnaient "Mais je comprends pas elles restent jamais !", mais en même temps l'hôpital ne se donne pas les moyens de nous convaincre de rester. » [...] « **Aujourd'hui, je me sens quantité négligeable** » me dit-elle sans aucune émotion dans la voix. »*

Dans cet extrait, la colère de l'infirmière se manifeste notamment par la verbalisation du décalage qu'elle perçoit entre le sens qu'elle met dans la prise en charge patient et les objectifs de la direction. Elle se manifeste également en filigrane de la violence des situations décrites et dans une certaine mesure dans l'absence de manifestation affective sensible. Par exemple, le fait qu'elle n'ait aucune émotion dans la voix en se qualifiant de « *quantité négligeable* » nous indique que la violence du ressenti a été suffisamment récurrente pour devenir habituelle.

Ici, il semble que ce soit les dispositifs ayant pour objectif de rentabiliser les activités de soin qui cristallisent la colère de cette infirmière. Plus largement, nous avons pu observer que cette question de la rentabilité des soins était une source majeure de conflits entre les instances de direction et les soignants. Il s'agit d'une problématique récurrente qui, à plusieurs titres, provoque des tensions. Le manque d'argent et la volonté de rentabiliser les activités induisent notamment des situations comme : des conditions d'exercice et de prise en charge dégradées, un manque de matériel nécessaire à la prise en charge, une accélération déraisonnable, selon les soignants, des cadences de prise en charge ou encore une charge de travail trop importante pour les équipes. Dans cet extrait, il nous semble que deux éléments renforcent particulièrement la colère de cette infirmière :

- cet objectif de rentabilité n'est **pas compatible avec les valeurs du public** : « *L'argent c'est vraiment le nerf de la guerre, c'est pas forcément compatible avec la prise en charge telle qu'on l'envisage. On a quand même fait le choix du public quoi... c'est dérangeant de voir que l'hôpital est géré comme une entreprise.* » Nous pouvons observer d'emblée qu'elle sépare nettement le monde du « public » de « l'entreprise ».

Son discours ne laisse pas de place à une possible conciliation des deux, elle fait d'ailleurs mention d'une incompatibilité entre les deux. Selon nous, cette incompatibilité se joue au niveau des valeurs portées par un monde et l'autre. Dans cette situation, la tension principale décrite par l'infirmière traduit, selon nous, un conflit de valeurs sous-jacent, impliquant une confrontation entre rentabilité et valeurs du service public (service, bienveillance, tradition-conformité, engagement, universalisme, qualité). Nous avons observé que la récurrence de cette problématique de l'argent, en fait une des questions principales au cœur des conflits de valeurs qui détériorent les processus de communication au sein des centres hospitaliers.

- un **manque de reconnaissance** ressenti comme de la **maltraitance institutionnelle** :
« [...] *Moi je n'avais plus envie de venir, j'avais la boule au ventre. C'est pas agréable quand ta direction te fait comprendre que tu sers à rien, c'est dévalorisant, t'as pas envie de venir le matin. [...] Aujourd'hui, ici, quand tu pars en congé mat' tu perds ta place et on te punit en te mettant dans des services que tu ne connais pas quand tu reviens. [...] Aujourd'hui, je me sens quantité négligeable* » me dit-elle sans aucune émotion dans la voix. » On trouve dans cet extrait de nombreuses références à un fort sentiment d'injustice. Dans les faits, la direction souhaitait supprimer les postes d'infirmières de consultation, songeant que cela permettrait à l'hôpital d'économiser de l'argent. Projet rapidement abandonné, compte tenu du travail indispensable qu'elles fournissent aux côtés des médecins spécialistes. Cependant, on peut constater à quel point la communication institutionnelle, ici, a généré et ancré un fort sentiment de dévalorisation chez les infirmières concernées. Cela a également endommagé la confiance et le potentiel de coopération entre la direction et ces infirmières. Le terme de « *quantité négligeable* » traduit bien ce sentiment. Elles se sentent réduites à l'état de « *pions* » interchangeables et sans valeur ajoutée. Cela constitue une dénégation de leurs compétences professionnelles qui dégrade leurs conditions de travail, mais également leur estime en tant que professionnelle et leur confiance en la direction. Elle fait notamment mention de pratiques, *a priori*, punitives de la part de la direction, lorsque les projets personnels influent sur l'organisation de l'hôpital, qui s'apparenterait à de la maltraitance institutionnelle – ou en tous cas est ressentie comme telle.

Dans cette situation, ce sont les valeurs associées au soin, au service public qui provoquent la faillite des dispositifs. Cette défaillance se manifeste à travers des tensions liées au sens que les soignants mettent dans leur métier : la perte du contact avec le patient, la focalisation sur des

tâches administratives, la gestion selon un modèle du privé dans une organisation de service public, et un sentiment de gestion globale déshumanisée (dévalorisation, punition, etc.). La récurrence de ces situations use les soignants et provoque un fort sentiment d'injustice, d'insécurité et de perte de sens qui se traduit par une charge émotionnelle souvent indicible et souvent par un abandon de la profession, malgré l'attachement que les soignants portent à leur métier et à leurs patients.



PROCESSUS

Les tensions mises en évidence au niveau des situations se retrouvent également au niveau des processus de communication. L'exemple suivant est une situation dans laquelle un dispositif de médiation positive est déployé par l'organisation pour montrer sa reconnaissance et féliciter les personnels médicaux et paramédicaux de leur investissement dans l'organisation. Or, nous allons le voir, ici aussi la médiation échoue.



Centre A, observation cadre de santé, Annexe n°1, p.59

Contexte : nous sommes début janvier, après le repas les gestionnaires du pôle ont organisé un rassemblement pour partager les résultats de l'année précédente et la traditionnelle galette des rois avec les personnels soignants. J'accompagne une cadre de santé de pédiatrie (C1) et sa collègue (C2).

“A 13h15 nous nous rendons à la salle polyvalente pour la galette des rois des personnels de santé. Le directeur de pôle organise une petite présentation de ce qu’il s’est passé pendant l’année et offre la galette aux agents disponibles. C2 est au bord des larmes rien qu’en entrant dans la salle. A propos du discours, j’ai relevé :

- un powerpoint avec des blagues sexistes et douteuses qui ont généré plusieurs malaises généralisés*
- l’annonce de nouvelles restrictions en regard de nouveaux projets jugés inutiles par les agents*
- des mots de bienvenue à l’égard des “nouveaux venus”, c’est-à-dire des nouveaux médecins recrutés (sans un mot pour les nouveaux paramédicaux).*

Après le discours, les cadres, très agitées, reviennent vers moi. C1 s’exclame « Mais qu’est-ce que j’ai honte de ce powerpoint et de son attitude. On dirait Donald Trump, complètement à côté de la réalité ! Ça me désespère... ». Je sens C2 de plus en plus fragile, elle peut craquer et exploser en sanglots d’une seconde à l’autre. Leur cadre supérieur nous rejoint, il adopte une posture désintéressée : il est indifférent au discours du directeur de pôle. Globalement, j’observe que les paramédicaux sont dépités parce qu’ils n’ont fait l’objet d’aucune mention ou d’aucune sorte de reconnaissance durant les vœux : « C’était tout pour les médecins et en plus le discours et le montage étaient honteux ! Moment de cohésion du pôle : NUL ! ». C1 trouve une fève “Wonder Woman” dans sa galette, son collègue une fève “Superman”. Malaise, l’allusion aux super héros est très mal accueillie par les cadres paramédicaux puisqu’ils souffrent cruellement d’un manque constant de reconnaissance.

Dans l’ascenseur tout le monde est très en colère. Les cadres s’étonnent de la réaction de leur cadre supérieur : est-ce qu’il s’habitue ? Après un moment de silence, C1 lance : « On est vraiment dans la merde. ». Une fois arrivées dans le bureau de C2, elles échangent sur le directeur de pôle. C2 dit : « Moi c’est simple, la dernière fois qu’on s’est parlé en vrai c’était pour me dire « Qu’est-ce que vous foutez en ■■■ là ?! C’est quoi ce taux d’occupation ?! » [...] C1 renchérit : « Ce powerpoint c’était un scandale... », elles sous-entendent que l’organisation n’accorde sa reconnaissance qu’aux personnes qui rapportent de l’argent au CHU. Les services comme la ■■■, ■■■■ etc sont des services “fondamentalement sociaux qui représentent une perte d’argent conséquente” pour le CH. Après avoir bu notre café nous retournons dans le service de C1, elle multiplie les « Ca va aller » pour se redonner du courage.”

Cet événement de la Galette des Rois intervient pour restituer le bilan de fonctionnement de l'année précédente et l'embellir. Nous disposons, ici, d'un faisceau d'indices nous permettant de considérer cet événement comme participant d'un dispositif de médiation symbolique consistant à pacifier le contexte de tensions global.

L'outil de médiation principale est, selon nous, la présentation du chef de pôle. Elle se veut humoristique, légère et permet au chef de pôle d'accueillir et/ou de féliciter certains soignants pour leur investissement l'année précédente. B. Cabedoche (2014)¹⁰⁷ explique que la convergence des logiques privées et publiques, notamment en termes de performance, s'appuie sur des « *discours d'embellissement* » (Cabedoche, 2014) normatifs, dont la fonction est de justifier et de réactiver la légitimité du nouveau modèle de fonctionnement auprès des parties prenantes. Selon nous, cette présentation s'inscrit dans la même dynamique que les « *discours d'embellissement* » décrit par B. Cabedoche.

Il convient de noter le type de réunion dont il s'agit et la période à laquelle elle intervient. Le début d'année est propice au bilan et à la célébration du renouveau. Le format d'une présentation rapide, suivie d'un moment de partage informel, tend à instaurer une ambiance de détente pour les personnels présents. Cette ambiance détendue est induite, notamment, par les blagues disséminées dans la présentation, ainsi que par l'originalité et la symbolique des fèves présentes dans les galettes. Cet événement intervenant en début d'année, on peut supposer que la direction compte sur l'effet de renouveau qu'amène le mois de janvier pour appuyer l'embellissement du bilan de fonctionnement de l'année précédente. C'est une période où, traditionnellement, on fait le bilan, puis table rase de l'année précédente. Cette période de l'année favorise une projection positive des individus vers l'année à venir et efface, en quelque sorte, l'année d'avant.

Cet ensemble d'indices nous indique que l'événement peut être considéré comme un dispositif dont la fonction de médiation symbolique est à la fois de justifier le modèle de fonctionnement et de faciliter son acceptation malgré les difficultés rencontrées durant l'année précédente. Il est intéressant de le souligner particulièrement, car il s'agit d'un dispositif de médiation positive, au sens de transformer une situation difficile en situation positive. Or, une fois encore, le dispositif échoue dans sa mission de médiation symbolique. Les réactions des

¹⁰⁷ B. Cabedoche, « Culture du chiffre et responsabilité sociale : le déplacement de la charge de l'incertitude sur le facteur humain chez France Télécom » » in C. Millet-Fourrier, F. Martin-Juchat, V. Lépine, *Les acteurs de la communication des entreprises et des organisations : pratiques et perspectives*. PUG : France, 2014, pp.

cadres relèvent bien plus de la colère, de la honte et de la tristesse que du soulagement et de la détermination. Si l'on prend l'exemple des fèves : la figure du superhéros est censée mettre en avant la reconnaissance que la direction porte aux soignants, notamment une reconnaissance de la charge de travail, de leur sens des responsabilités, de leur engagement et de la valeur de leurs compétences. Pourtant, cette simple attention provoque un malaise généralisé dans l'assistance. Les cadres ont le sentiment d'une mauvaise blague et plus globalement d'une communication institutionnelle « *complètement à côté de la réalité* ». On constate, ici, que les dispositifs de médiation positive échouent au même titre que les dispositifs de gestion et de contrôle. En l'occurrence, il semble que ce soit parce qu'ils se heurtent, encore une fois, aux manifestations affectives des soignants qui ne se sentent ni reconnus ni écoutés, voire enfermés dans un rôle de superhéros dont on attend dévouement et performance.



Il convient, par ailleurs, de signaler rapidement que nous n'avons relevé aucune mention relative aux émotions des soignants dans notre corpus de textes institutionnels. Cela interroge sur la place des émotions au travail dans les politiques de communication des centres hospitaliers. À partir du discours des soignants, nous avons, cependant, pu relever un paradoxe. La posture de la direction sur les émotions au travail consiste à prendre en compte les émotions des familles et des patients dans le processus de prise en charge, mais pas les émotions de soignants. Entre la « juste distance » enseignée aux soignants et l'injonction à laisser son affectivité aux vestiaires, tout se passe comme si les communications affectives pouvaient être à sens unique.

Quelle place pour les émotions à l'hôpital ?

L'absence de mentions relatives aux émotions des soignants dans notre corpus de textes institutionnels n'est pas, à proprement parler, une surprise. L'affectivité, de manière générale, est encore considérée aujourd'hui comme un objet intime et individuel. À ce titre, dans l'univers du travail, l'affectivité est encore un tabou. Pourtant c'est aujourd'hui un des ressorts principaux des logiques marchandes dominantes, notamment pour répondre au besoin de valeur ajoutée de l'acte de consommation (Illouz, 2006 ; Martin-Juchat, 2014 ; Martin-Juchat, 2018). Cette approche déterministe de la consommation s'appuie sur des discours et « *manipulation multimodale de l'espace de représentation* » (Martin-Juchat, 2018 : 281) dont

l'objectif est d'enchanter l'action de consommation en exploitant l'affectivité du consommateur.

On peut prendre également l'exemple des injonctions contradictoires aux compétences affectives dans le travail (Lépine, 2012 ; Dumas, 2016). Les référentiels de compétences professionnels intègrent, depuis plusieurs années, une partie « *savoir-être* » incluant un certain nombre de compétences notamment communicationnelles et émotionnelles (Lépine, 2012 ; 2013). Ces compétences (Wittorski, 1998) relèvent d'un savoir-agir attendu par les organisations. Pour autant, leur formalisation ne dépend pas de l'organisation, elles sont comme déléguées à l'expérience construite, par les agents, en dehors de l'organisation. Elles constituent donc, paradoxalement, un attendu *normalisé* à partir des expériences *individuelles* de chacun. Deuxième paradoxe : l'objectif principal est de cet attendu est de savoir utiliser ces compétences communicationnelles et émotionnelles dans le travail, en laissant ses affects en dehors du travail.

Ces deux exemples montrent que les affects sont reconnus socialement comme un objet intime et individuel, mais utilisés, dans les faits, pour induire des interactions collectives normalisées. Cela tend à démontrer que les affects ne sont pas des objets purement individuels. Cette théorie est appuyée par les travaux en anthropologie par la communication affective développés, notamment, par F. Martin-Juchat (2008 ; 2014 ; 2016 ; 2018). Celle-ci développe une approche des affects comme « *processus communicationnel de performance sociale* » (Martin-Juchat, 2008). Il s'agit de les envisager comme dénominateur commun des organisations et des interactions sociales, à la manière d'un « *fait social total* » (Mauss, 1924), et non plus comme une problématique intime et individuelle.

Cette approche permet de mettre en évidence certains dysfonctionnements aujourd'hui masqués au sein des organisations par les injonctions contradictoires aux compétences affectives au travail. Nous nous sommes appuyée sur ces théories pour déterminer l'interprétation à donner à notre analyse de données. Nos résultats montrent ainsi que les émotions à l'hôpital comme dans un grand nombre d'organisations encore aujourd'hui, disposent d'une place ambivalente : entre injonction à l'engagement et au contrôle.



Centre A, observation cadre de santé, Annexe n°1, p. 27

Contexte : nous échangeons dans son bureau sur les difficultés qu'elle rencontre au quotidien et sur la place des émotions dans son travail.

« *« En tant que cadre on n'a pas le droit de fléchir. Ça fait beaucoup de pression. » Elle essaye de s'exprimer sur le droit de dire les choses et les difficultés, mais passe tout en non verbal, comme si elle ne pouvait pas (n'avait pas le droit ?) de le dire. Je sens beaucoup de tristesse dans ses yeux à ce moment-là. Elle revient une seconde sur le planning pour changer de sujet et se donner du courage, mais très vite elle me dit « **On représente l'institution, on n'a pas le droit de dire qu'on est au bout de sa vie. L'institution a besoin de cadres au top ! Et les IDE ont besoin d'un cadre solide. Je n'ai pas envie d'être emmerdée ou considérée comme faible.** » Elle n'a pas confiance en la médecine préventive, elle a peur que ça remonte aux oreilles de la direction. « Le jour où je n'en peux plus, je partirai. » « Si les cadres se plaignaient à la hauteur de leur souffrance, on ne serait pas au travail. » Elle m'explique, par la suite, que **m'accepter dans son service pour mes observations est une stratégie** : pour faire passer le message par rapport à la souffrance au travail sans le dire. La plupart du temps elle « montre patte blanche surtout pour qu'on lui fiche la paix. » « **L'institution broie des cadres** ». Elle m'explique qu'actuellement certaines anciennes cadres sont à la limite de l'hystérie tellement elles sont remontées contre l'institution. « Je pense que continuer à prendre soin permettra de faire changer les choses. Même si ça a l'air un peu culcul les petits oiseaux dit comme ça. » Elle a foi en ses valeurs et en le cœur de son métier, mais revient sans cesse à sa **peur d'être jugée par rapport au fait qu'elle a foi en autre chose que la rationalité comptable. De plus, je sens que la question de la visibilité de la vulnérabilité dans sa position de cadre est un vrai problème.** »*

Cet exemple témoigne du caractère indicible des émotions au travail, en particulier chez les cadres de santé. La position de manager, avec toutes les représentations qu'elle comporte, induit un positionnement où l'affectivité n'a pas sa place, et où, paradoxalement, les compétences communicationnelles sont incontournables (Lépine, 2018). L'expression des émotions, et en particulier l'expression de leur vulnérabilité, met les cadres en situation de grande insécurité face à l'institution. On remarque également – lorsqu'elle dit qu' « Elle a foi en ses valeurs et en

le cœur de son métier, mais revient sans cesse à sa peur d'être jugée par rapport au fait qu'elle a foi en autre chose que la rationalité comptable » – que la norme pousse les cadres à se désintéresser des valeurs sous-tendues par le soin au profit de la « rationalité comptable ». Tout se passe comme si croire et défendre les valeurs du soin revenait à être « faible » ou « culcul les petits oiseaux ». Un comble, selon nous, pour un soignant. « On n'a pas le droit de fléchir », « on n'a pas le droit de dire qu'on est au bout de sa vie », « considérée comme faible », « broie des cadres », sont autant d'expressions qui manifestent la discipline et, dans une certaine mesure, la menace latente imposée quotidiennement aux cadres de santé. Une discipline et des injonctions présentes également dans le quotidien des infirmières.



Centre A, observation IDE, Annexe n°1, p. 53 :

Contexte : elle prépare les médicaments pour ses patients, nous en profitons pour échanger sur ses difficultés au quotidien et sur la place des émotions au travail à l'hôpital. Elle me confiait un peu plus tôt sa colère et sa détresse.

« Sa charge émotionnelle n'est pas dicible : « Je n'ai pas envie d'en parler, j'ai pas envie que ça se sache. Et puis il y a les patients... Non, l'organisation ne reconnaît pas notre souffrance. **On n'a pas le droit d'être humain, on est juste des soignants.** » Les seuls espaces de dialogue qu'elles ont ce sont **les soirées organisées à l'extérieur**: « On crache, on se lâche, mais le retour est d'autant plus difficile après. Y'en a marre de bosser comme ça. » »

Cet exemple vient renforcer l'idée selon laquelle la souffrance doit rester cachée. L'expression « On n'a pas le droit d'être humain, on est juste des soignants » témoigne du fait que l'individu et son corps sont enjointés à s'effacer derrière la fonction. Elle témoigne, également, d'un sentiment - partagé par la plupart des soignants rencontrés et interrogés – d'être mésestimé par l'institution au point d'être des objets interchangeables. La formule « on n'a pas

le droit » revient très souvent dans le discours des soignants et marque cette interdiction institutionnalisée d'exprimer leurs affects.

Plus largement, nos résultats montrent que les manifestations affectives ne sont pas reconnues dans l'organisation, que ce soit par la hiérarchie ou par les agents eux-mêmes. L'expression « *j'ai pas envie que ça se sache* » fait référence à la direction, mais également à ses collègues. Au sein des situations de travail, on assiste à des phénomènes d'autorégulation affective entre soignants en lien avec cette injonction à taire ses sentiments. Cela peut s'expliquer de deux façons. On peut envisager que la norme soit si bien intégrée, que le climat d'insécurité attendant engendre des comportements d'autocontrôles tels que les agents régulent la pression en se surveillant et se jugent entre eux. On peut également envisager que la pression relative à l'activité est telle, qu'il devient impossible pour les agents de prendre en compte les cadences, la charge de travail et les manifestations affectives des autres, entraînant une forme de rejet immédiat et de régulation spontanée entre agents.

Dans les deux cas, il convient de noter qu'en dépit des dispositifs d'écoute de la médecine préventive, en laquelle les agents n'ont pas confiance, il n'existe aucun espace formel pour exprimer ses affects sereinement au sein de l'organisation. Dans l'exemple ci-dessus, on peut lire, d'ailleurs, que ces espaces sont co-crées par les agents en dehors de l'organisation, notamment lors de soirées informelles entre collègues, où ils « *crache[nt]* » ce qu'ils ont besoin d'exprimer. Cependant, l'infirmière souligne la difficulté de revenir et d'envisager de nouveau son travail positivement après de telles soirées.

Au sein de l'organisation, les agents sont enjoins à incarner des rôles (Goffman, 1974) (« soignant », « manager ») relatifs à leur fonction. Ces rôles doivent répondre à un certain nombre de normes comportementales en situation de travail, notamment communicationnelles et affectives, qui peuvent entrer en contradiction avec l'exercice même du soin. Ces normes contraignent le corps des soignants et leur masquent la liberté d'exercer selon leurs capacités à un instant T. On peut prendre pour exemple la « juste distance » affective enseignée aux soignants dès leur entrée à l'école. Il s'agit d'une compétence à part entière selon laquelle, il s'agit d'être capable d'évaluer la juste dose d'implication physique et émotionnelle du soignant dans la prise en charge d'un patient, sans jamais se laisser envahir par la situation. Dans cet exercice, on reconnaît la valeur des mouvements du corps des soignants dans l'exercice du soin, mais on nie les conséquences de cette mise en mouvement. **Cela met régulièrement les soignants devant une double injonction paradoxale : faire preuve d'affectivité, notamment d'empathie, pour assurer la qualité des soins, et pourtant ne pas reconnaître**

et encore moins exprimer ce que cette empathie peut leur faire à eux-mêmes. Ainsi, l'affectivité est reconnue comme compétence pour bien faire son travail, mais pas comme mouvement légitime du corps du soignant en situation. Cette dénéigation des conséquences du travail affectif du soin sur le corps des soignants, ajoutée à l'interdiction des manifestations affectives liées aux changements d'organisation, sont à l'origine de la plupart des sentiments de perte de sens au travail rencontrés lors de nos observations.

Cette première section avait pour objectif de présenter nos conclusions sur le contexte affectif global de notre terrain. Nous avons relevé une majorité d'affects négatifs en situation, et ce, même sans cibler spécifiquement des situations problématiques. L'affect majeur ressenti en situation, tout acteur confondu et également par corps de métier, est la colère. Ces résultats sont cohérents avec ceux mis en évidence par l'étude POLISOMA. Nous avons exploré les manifestations et les raisons de cette colère au niveau des situations, des processus et des politiques de communication.

Concernant les situations, nous avons mis en évidence que la colère des soignants était cristallisée par divers dispositifs adossés au NMP. Dans les exemples que nous avons pris, nous avons vu que ces dispositifs génèrent de la colère, notamment parce qu'il n'existe pas de concertation préalable avec les services concernés, avant leur élaboration, et parce que leur élaboration n'est pas co-construite avec les parties prenantes du soin. Les centres hospitaliers disposent d'une organisation hiérarchique traditionnellement verticale, avec une forme d'exercice du pouvoir attenante. Les décisions et les dispositifs sont élaborés par les directions et implémentés au niveau opérationnel. Nos résultats montrent que ce modèle d'exercice du pouvoir est considéré, aujourd'hui, par les soignants comme une dénéigation des compétences d'organisations des cadres et des services.

Ces dispositifs cristallisent également la colère des soignants par rapport à leurs objectifs. En effet, ils mettent en tension, pour la plupart, la qualité des soins avec la qualité au sens comptable du terme. Cela alimente un conflit de valeurs sous-jacent entre valeurs du soin, du service public et valeurs sous-tendues par le NMP comme modèle de gestion global. Les soignants trouvent cette incompatibilité, *a minima*, dérangeante et se sentent complices de situations qu'ils ne cautionnent pas. Pour finir, nos résultats mettent en évidence que la colère des soignants est alimentée par un manque de reconnaissance de leurs compétences et de leurs

difficultés par la direction, ainsi qu'un sentiment de déconsidération tel qu'ils se sentent dépersonnalisés, sans valeur et constamment en situation précaire.

Au niveau des processus, nous avons mis en évidence qu'il existe des dispositifs dont la fonction supposée est de réconcilier les conflits de valeurs sous-jacents aux changements d'organisations et de mettre en avant la reconnaissance que porte l'organisation aux soignants (compétences et engagement). Ce sont des dispositifs de médiation symbolique positive – au sens de rendre positive une situation préalablement difficile. En ce sens, ces dispositifs ont pour objectifs de pacifier une situation difficile existante. Pour autant, nos résultats montrent que l'outil rhétorique principal consiste à enjoliver la réalité de l'activité de soin et la réception des soignants n'est pas bonne. Les soignants se positionnent comme n'étant pas dupes face aux discours d'embellissement (Cabedoche, 2014) de l'organisation et paradoxalement, le dispositif qui avait pour objectif de réconcilier les parties prenantes, ne fait que creuser un peu plus la fracture communicationnelle en provoquant encore plus d'affects négatifs.

Concernant les politiques de communication, nous n'avons relevé aucune mention de prise en compte, ou non, des affects au travail, dans les discours institutionnels réunis dans notre corpus. Nous avons donc fait le choix de mettre en évidence la perception des soignants quant à la place des émotions au travail à l'hôpital. Dans la lignée d'autres chercheurs (Boltanski et Chiapello, 1999 ; Martin-Juchat et Staii, 2016), nos résultats montrent qu'ils disposent d'une place ambivalente entre injonction à l'engagement affectif dans le travail et au contrôle de leur expression. En effet, nos exemples mettent en évidence que l'expression des affects en situation de travail est vécue comme une mise en danger de soi-même. C'est notamment parce que les affects sont encore envisagés par l'organisation comme des objets individuels et intimes qui ne doivent pas intervenir dans l'activité. L'expression des affects, et en particulier d'affects liés à la vulnérabilité, engendre la peur du jugement de la part de leur direction et de leurs collègues, mais également d'être sanctionné et/ou ostracisé. Nos résultats montrent que, directement et/ou indirectement, les dispositifs de médiation symboliques qui s'appuient sur la performance et la rentabilité ont tendance à provoquer une forme d'acculturation des soignants aux valeurs du soin, jugées candides, *dixit* « *cul cul les petits oiseaux* » et, par extension, honteuses. De fait, les manifestations affectives ne sont pas reconnues dans l'organisation, que ce soit par la hiérarchie et, dans une certaine mesure, par les agents eux-mêmes qui cachent autant que possible leurs souffrances. Par ailleurs, il existe très peu d'espace au sein de l'organisation pour exprimer cette souffrance. Les soignants ne se saisissent pas des espaces individuels mis en

place par la médecine préventive, car ils n'ont pas confiance. L'expression d'un trop-plein émotionnel envers l'organisation se fait principalement à l'extérieur de l'hôpital, lors de soirées entre collègues, de pratiques sportives, etc. Cependant, ces moments défouloirs restent insatisfaisants, puisqu'ils ne permettent pas de réinvestir le sens du travail perdu dans le processus.

En situation de travail, les soignants sont enjoins à incarner des rôles (Goffman, 1974) relatifs à leur fonction. Les attendus comportementaux attendants consistent à faire coïncider engagement affectif dans le travail, compétences émotionnelles, communicationnelles et contrôle. La « juste distance » enseignée aux soignants concentre une double injonction paradoxale : faire preuve d'empathie sans manifester ni prendre en compte ses propres affects. Cette dynamique indique que l'affectivité est reconnue au sein de l'organisation comme compétence (Wittorski, 1998 ; Lépine, 2013) nécessaire au soin, sans jamais reconnaître les conséquences du travail affectif sur le corps des soignants. Ce travail affectif reste donc invisible et cette dénégration du corps des soignants, ajoutée à un manque de reconnaissance global de leurs compétences et de leur valeur est à l'origine d'un sentiment de perte de sens au travail et de maltraitance institutionnelle.

Nous avons vu à plusieurs reprises que les dispositifs de contrôle et de gestion adossés aux NMP échouent dans leur fonction de médiation symbolique. Ils se heurtent notamment aux manifestations affectives et au sens du travail des soignants. Les conflits de valeurs reviennent très souvent dans nos conclusions et ils se multiplient ou se renforcent à mesure que la direction tente de les pacifier. Ainsi, même en cas de médiation positive, ces dispositifs échouent à articuler les ensembles de représentations qu'ils portent avec les affects des soignants. C'est, notamment, parce qu'ils génèrent trop d'affects négatifs par rapport aux valeurs sous-tendues par l'activité de soin et de service public.

La section suivante a pour objet l'articulation entre émotions, valeurs et situations sur notre terrain. Quelle est la teneur de ces conflits de valeurs ? De quelles valeurs (Schwartz, 1999 ; Moscovici, 1989 ; 2001 ; Viard, 2014) parle-t-on ? Il s'agit de présenter nos résultats concernant les valeurs défendues et les valeurs questionnées par les soignants, au sein de ces conflits de valeurs.

Section 2 : Valeurs et affects en situation

Il ressort des résultats présentés précédemment que les problématiques rencontrées dans les situations et les processus de communication à l'hôpital résident dans des conflits de valeurs (Lépine, 2012 ; Viard, 2014). La notion de valeur (Schwartz, 1999 ; Moscovici, 1989 ; 2001 ; Viard, 2014) est à entendre, ici, au sens de manière d'être, de faire et de se conduire qui permettent de formaliser des objectifs et des principes qui nous incitent à être la meilleure version de nous-mêmes (Schwartz, 1999). P. Viard (2014), explique dans ses travaux que celles-ci participent de processus de médiations communicationnels (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007 ; Davallon, 1993 ; 2003). Cela signifie qu'elles sont considérées, à l'échelle des individus, mais également des groupes, comme guides pour l'action et contribuent à l'interprétation de situation et à la prise de décision. Dans les travaux de Viard (2014), le soin est considéré comme processus de médiation communicationnel entre le corps du soignant et le corps du soigné.

Au même titre que les manifestations affectives (Martin-Juchat, 2008 ; 2014), il est partiel d'envisager les valeurs comme dimension individuelle de la compréhension du monde (Moscovici, 1989 ; 2001). Elles émergent à partir d'une construction sociale et interactionnelle de cette compréhension. À ce titre, elles découlent de ce que l'on apprend d'autrui et de l'élaboration de notre propre sens critique, mais toujours par rapport à nos interactions avec autrui. Elles sont collectives et liées à une dimension affective et existentielle forte qui conditionne, par exemple, notre engagement et notre investissement. Cette dimension collective de la compréhension du monde a trait à l'élaboration de nos représentations sociales (Moscovici, 1989 ; 2001). Les résultats présentés dans cette section correspondent à l'analyse des représentations des personnels observés et interrogés. À partir de leurs discours sur plusieurs thématiques afférentes au soin et à leurs conditions de travail, nous avons déterminé les manifestations affectives, les représentations et les valeurs en tension dans la situation décrite ou vécue. Il convient de noter que le référentiel de valeurs que nous avons utilisé pour cette analyse a été construit théoriquement à partir de travaux de référence. Nous avons utilisé deux ensembles identifiés : les valeurs de la modernité inhérentes, par filiation, au NMP (Weber, 1905 | 1964 ; Boltanski et Chiapello, 1999 ; Ogien, 2009 Gardère, 2012 ; Lépine, 2012 ; Martin-Juchat et Staiï, 2016) et les valeurs du soin dans les organisations publiques (Winkin, 2001 ; Molinier, Laugier et Paperman, 2009 ; Rothier Bautzer, 2014 ; Viard, 2014 ; Noël-Hureaux, 2015 ; Chevallier, 2018). Le lecteur peut retrouver le processus d'élaboration

de ce référentiel dans la première partie de ce manuscrit¹⁰⁸ et le référentiel formalisé comprenant les définitions complètes en Annexe n°16.

Prendre les manifestations affectives comme point de départ, nous a permis, ici, de mettre en évidence les conflits de valeurs principaux qui participent des dysfonctionnements de l'organisation et qui dégradent les processus de communication *in situ*. Les paragraphes suivants développent les principaux résultats obtenus. Nous verrons notamment que **les valeurs les plus défendues** par les acteurs en situation - tous acteurs confondus – sont les valeurs **Service, Engagement et Qualité (bonne pratique)**. A contrario, **les valeurs les plus questionnées** par les acteurs en situation sont les valeurs **Économie, Qualité (conformité) et Bienveillance** – notamment celle de leurs interlocuteurs.

Défendre le Service, l'Engagement et la Qualité (bonne pratique)

Les résultats suivants sont les principaux résultats du tableau disponible en Annexe n°14 (le second). L'analyse inhérente à ce tableau, consistait à étudier le discours des personnels observés et interrogés en identifiant et en reformulant la tension identifiée dans la situation, pour faire émerger les représentations sous-jacentes. À partir de l'identification des rapports de force sous-jacents, nous avons déterminé les conflits de valeurs principaux attenants aux différentes situations.

Ainsi, par comptage des occurrences de valeurs, nous avons été en mesure d'identifier les valeurs défendues en priorité par les personnels observés et interrogés. Il s'agit de la valeur Service (364 occurrences), de la valeur Engagement (205 occurrences) et de la valeur Qualité - au sens de bonne pratique – (142 occurrences).

Service

Nos résultats montrent que la valeur Service est la valeur la plus défendue par les personnels observés et interrogés. Nous entendons la valeur Service comme l'ensemble des obligations, des devoirs envers les individus à qui sont destinés les services en question. Il s'agit de la valeur principalement défendue, tous acteurs confondus. Il est important de le souligner,

¹⁰⁸ Pour les ensembles de valeurs de la modernité voir Partie 1, chapitre 2, section 1 et pour les valeurs du service public voir Partie 1, chapitre 1, section 2.

car nous avons procédé à des observations de personnels soignants, mais également de personnels administratifs (secrétaires, cadres supérieurs de santé, directeur des soins, président de CME). Le fait que la valeur Service soit la plus revendiquée dans les discours de tous ces acteurs tend à effacer le clivage soignants / administration, qui apparaît initialement dans le discours des soignants. Pour autant, au sein des discours, ce clivage est toujours très présent.



Centre A, observation MER neuroradiologie, Annexe n°1, p. 117

Contexte : j'observe les manipulateurs radio (MER) en service de neuroradiologie. Les prises en charge se font par roulement, j'en profite donc pour recueillir les impressions de chacun sur leurs conditions de travail.

*« Aujourd'hui la prise en charge patient au scanner ou en IRM elle n'a plus de sens. **Ca me retourne le bide moi quand on fait des examens qui ne servent à rien.** Je veux dire, on injecte quand même un produit, sans compter l'irradiation inutile ! Et puis on perd plus de temps à trouver la bonne personne et à négocier sur la pertinence de l'examen plutôt que de faire le scanner. Donc tant pis on finit par **faire de l'abattage**. On a l'impression qu'il n'y a pas de filtre à l'entrée des urgences, ils ne sont **même pas capables de justifier la pertinence de l'examen.** Le but du jeu c'est de mettre le patient le plus rapidement possible dehors. Ils n'entendent pas que l'examen ne peut pas être réalisé en urgence parce que nous derrière on a une programmation, un flux à gérer. Le scanner des urgences est parasité par des bilans onco etc. »*

On constate que cette situation concerne l'activité de prise en charge des patients et oppose les MER à la direction. L'enjeu concerne la qualité et la pertinence de la prise en charge des patients : les injonctions de la direction sur l'organisation et les cadences de travail cristallisent des tensions au niveau des prises en charge. On peut identifier dans ce discours de

la gêne, de la colère et de la frustration, notamment générées par le manque de pertinence des examens qu'ils sont enjoins de réaliser. Se dessine en filigrane une critique de la ligne managériale du centre hospitalier, notamment dans la façon dont a été conçu le parcours patient. Selon cette MER le double objectif est de « *mettre le patient le plus rapidement possible dehors* », mais également de réaliser l'examen pour le facturer. Ce qu'elle dénonce c'est la politique de rentabilité qui est à l'origine du parcours patient actuel. Il s'agit d'une rentabilité financière, puisque l'acte est facturé. Il s'agit, aussi, d'une rentabilité en termes de temps : le scanner est considéré comme examen par défaut pour faire gagner du temps et pour déterminer la nécessité ou non de prendre en charge le patient en hospitalisation. Or, la réalité que décrit cette MER met à jour le fait que la plupart du temps ces examens ne sont pas nécessaires et qu'ils font perdre plus de temps qu'ils n'en feraient gagner. Cette pratique s'inscrit au détriment d'une prise en charge patient qui a du sens pour les soignants et confronte leur valeur Service. Ici, l'injection de produit de contraste et l'irradiation « *inutile* » donnent à cette soignante l'impression de mettre en danger son patient inutilement, simplement au nom de la rentabilité¹⁰⁹.

La notion d' « *abattage* » – entendue comme action d'abattre, soit de tuer, à la chaîne – est une image particulièrement violente associée au processus de prise en charge qui illustre la déconnexion ressentie par les soignants avec le sens de leur métier. Elle décrit une prise en charge déshumanisée, à la chaîne, où le patient n'est plus qu'un corps à manipuler le plus rapidement possible, sans prise de contact. Cette définition de l'activité entre en totale contradiction avec la valeur Service préalablement définie. Cela cause aux soignants un fort sentiment de perte de sens au travail, car, nous allons le voir dans l'exemple suivant, le contact avec le patient leur est essentiel à la construction du sens de leur métier.



Centre A, entretien médecin, pédiatre, Annexe n°3, p. 191

¹⁰⁹ Il s'agit d'une rentabilité « *entendue comme aptitude à produire une valeur (directement ou indirectement) supérieure à l'investissement en temps, en travail, en argent de départ* », cf Partie 1, chapitre 2, section 1.

Contexte : entretien semi-directif avec une pédiatre du service dans lequel je réalise mes observations au Centre A. Le décès, dont il est fait mention dans l'extrait, fait référence au suicide récent d'un collègue proche de cette pédiatre, sur son lieu de travail.

« [...] *En ce moment ce sont les patients qui me font du bien ! [silence] Les patients, ils demandent des nouvelles là. C'est-à-dire que les patients, la direction de la com elle dit tout va bien dans le meilleur des mondes, regardez tout ce qu'on fait de bien à l'hôpital de [REDACTED], surtout, surtout, restez soignant, taisez-vous, tout va bien ne dites rien, vous allez faire fuir les patients. Les patients toutes les semaines en consultations ils demandent « Comment vous allez Dr [REDACTED], en ce moment avec tous ces soucis... ? Comment votre administration peut-elle dire que le [décès du] Dr [REDACTED] c'était pas à cause du boulot, nous on sait exactement quelles étaient ses conditions de travail. Surtout si vous allez mal vous nous appelez ! ». Voilà, c'est ça la réalité du quotidien en ce moment. Et en fait, parfois les patients nous donnent des exemples très très factuels et on se dit : en fait ils ont tout compris et, et et... Et mon administration locale elle, elle n'a pas compris. »*

Nous pouvons constater dans cet extrait que, dans le cas de cette pédiatre, les patients font plus preuve de sollicitude envers cette médecin que l'institution en charge de gérer la crise. Dans cet exemple, on remarque que, là où la communication institutionnelle crée un clivage entre la direction et les soignants, ce sont les patients qui, au niveau des situations, réalisent le travail de communication affective nécessaire au soulagement de la peine ressentie par les médecins. La communication institutionnelle, comme dispositif de gestion de crise, a vocation à pacifier le climat de tension et de désarroi engendré par le suicide de ce médecin sur son lieu de travail. On voit ici qu'en niant la réalité des manifestations affectives des soignants et en ne leur laissant aucun espace d'expression, ce dispositif échoue dans sa fonction de médiation symbolique de réenchantement du contexte et crée, au contraire, encore plus de désarroi et de colère. Les soignants ont la sensation que l'on étouffe leur peine pour faire bonne figure et dissimuler la réalité de leurs manifestations affectives. Cela a pour conséquence de générer de la colère et questionne les soignants sur la compréhension que leur direction a de la valeur Service. Tout se passe comme si l'organisation validait que la continuité de l'activité primait sur la santé, voire la vie des soignants. Un discours, à raison, totalement inaudible. *A contrario*, dans cet exemple, la proximité patient-soignant, l'empathie et l'expression de la disponibilité des patients dans l'accueil de ces manifestations affectives des soignants, ouvrent un espace qui

suscite le soulagement et remet du sens dans l'activité de soin, notamment en stimulant leur valeur Engagement.

Engagement

L'Engagement est la deuxième valeur la plus défendue par tous les acteurs dans leurs discours. Elle est représentée en particulier chez les cadres de santé, les infirmières et les médecins. Il convient d'entendre celle-ci comme mise à disposition de sa force de travail librement consentie – par contrat, promesse, convention et obligation -, en vue de prendre soin des usagers du service public nécessitant assistance. La plupart du temps ce sens de l'Engagement est mis en défaut par leurs conditions de travail, par leurs relations complexes avec leurs directions respectives (même aux niveaux hiérarchiques les plus hauts) et par certains dispositifs qui suscitent plus d'incompréhension que de motivation.



Centre A, observation IDE, Annexe n°1, p 46

Contexte : Les IDE sont en pause. J'en profite pour me joindre à elles et poser quelques questions sur les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien.

*« Elles sont en colère. « Plus globalement on a des problèmes de sous-effectifs importants : on est obligés de fermer des lits, de remplacer comme aujourd'hui des infirmières par des auxiliaires de puériculture... **On tourne quand même avec trois temps plein et demi non remplacés !** »*

*En termes de trames de travail, **elles n'ont pas le droit d'enchaîner 3 x 12h, mais la demande est fréquente.** C'est le cas d'■ aujourd'hui par exemple : pour 2 CA accordés elle sera obligée de travailler trois jours d'affilée, « Et sans parler du fait qu'on nous rappelle encore systématiquement sur nos jours de congés ».*

*Elles ont également **de gros problèmes relationnels avec leur cadre supérieur**: sa ligne managériale c'est de former les agents polyvalents à cause du contexte de flux tendu. « C'est*

de la maltraitance », « *On est des pions* », « *Une de nos collègues rentre de disponibilité, elle avait pris 5 mois pour aller apprendre l'anglais à l'étranger. En entretien de retour il lui a dit texto que prendre une disponibilité c'était du 'glandage', qu'elle avait un 'sale caractère' et que du coup il n'était pas sûr de la reprendre dans le service.* » *Elles sont en colère et outrées.* « *Non mais on nous prend tellement pour des cons...* » »

Cet exemple concentre plusieurs types de dysfonctionnements qui entament l'Engagement des soignants. On peut citer premièrement, le sous-effectif chronique dont souffrent les services pour assurer des prises en charge optimales. Les soignantes ont ici la sensation de pallier constamment le manque d'effectif, entraînant des conséquences physiques et psychologiques. On peut prendre l'exemple de cette infirmière qui nous a confié faire régulièrement des varices à 26 ans (Annexe n°1, p.44) ou encore les exemples précédents qui témoignent de la souffrance psychologique des soignants.

De plus, on peut relever que cela entraîne des situations d'organisation inconfortables, notamment, des arrangements d'horaires illégaux et des rappels sur les congés. Nous avons pu observer, par ailleurs, que ces situations engendrent de l'insatisfaction à la fois chez les infirmières, mais aussi chez les cadres qui se retrouvent, littéralement, en situation de bricoler des organisations au détriment des protocoles, pour assurer la continuité de l'activité. En somme, l'organisation fournit des normes aux agents sans leur donner la possibilité de les respecter et cela génère de l'insatisfaction et des tensions en situation de travail.

Enfin, on peut citer les rapports conflictuels entretenus entre cette équipe et son cadre supérieur. Nous ne disposons pas d'informations croisées sur la véracité de ce discours ou non et ce n'est pas l'objet de ce manuscrit. Cependant, il convient de souligner le sentiment de violence ressenti par l'équipe dans la relation qu'elle entretient avec son cadre supérieur. Il apparaît que la ligne managériale adoptée, celle de former des agents polyvalents de façon à pouvoir pallier les problèmes d'effectifs dans les services au besoin – donnent la sensation aux soignantes d'être « *des pions* ». Cette expression revient régulièrement dans le discours des soignants : elle fait référence au caractère interchangeable de leurs fonctions et en filigrane à la dénégation de leurs compétences et de leur valeur individuelle dans le travail. Elle fait écho à l'expression « *quantité négligeable* » qu'utilisait une autre IDE un peu plus tôt. Cette dénégation de leur valeur, associée à un management vertical et un sentiment de « *maltraitance* » ont des conséquences en termes d'Engagement quotidien dans l'activité. Les

cadres supérieurs, de leur propre aveu, notent un désengagement progressif des équipes dans le travail et évoquent des difficultés à exercer leur fonction de rappel à l'ordre dans ces conditions (Annexe n°3, p. 262).

Par ailleurs, au-delà de ces éléments, nous avons également relevé que certains dispositifs, destinés à motiver ou à reconnaître les compétences de certaines équipes, pouvaient donner aux agents la sensation que l'on questionne leur Engagement dans le travail.



Centre B, observation Infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat (IBODE)

Annexe n°1, p. 143 :

Contexte : je suis en observation au bloc opératoire. Pendant que les IBODE préparent la salle et l'arrivée du patient, nous discutons de leurs conditions de travail et de leur difficulté au quotidien. Quelques mois auparavant, la direction a mis en place une prime au mérite pour permettre aux infirmières de bloc de gagner plus d'argent.

*« Elle me raconte aussi que ce qui a fait beaucoup de mal à l'ambiance et au collectif du bloc c'est la prime au mérite qui a été mise en place pour les IBODE il y a quelques années. « Ce n'est pas transparent. **On n'a pas compris pourquoi.** » Les deux premières années les IBODE avaient la prime mais pas les IADE [infirmières anesthésistes diplômées d'Etat], ce qui a créé beaucoup de tensions interprofessionnelles. Et une fois que les IADE l'ont eu, les brancardiers n'ont pas compris pourquoi par eux non plus. « **Ca accentue le mal être social et les problèmes de reconnaissance ce truc-là.** » »*

Dans cet exemple, l'infirmière souligne le manque de transparence de la direction quant à la création de cette prime. Il s'agit d'un dispositif de gestion dont la fonction est d'inciter les IBODE à obtenir de meilleurs résultats afin de gagner plus d'argent. L'enjeu de cette situation réside dans la segmentation professionnelle que la direction fait d'une prise en charge patient que les soignants envisagent globalement. Cette segmentation (IBODE, IADE, brancardiers) conditionnée au mérite, vient questionner les agents sur leur Engagement dans l'activité.

Chacun s'en est défendu par des revendications argumentées pour obtenir les mêmes privilèges que les autres, or, les tensions sociales qui ont résulté de cette simple segmentation a fortement dégradé l'ambiance de travail au sein des blocs, installant une rivalité certaine entre les IBODE, les IADES et les brancardiers. Ce climat de rivalité ne favorise pas la coopération et désorganise les processus de communications interprofessionnels au sein de la prise en charge de bloc opératoire. Dans ses travaux sur la reconnaissance, A. Honneth (2006) a théorisé un phénomène similaire. Pour lui, la reconnaissance est une relation morale entre plusieurs individus qui consiste à se reconnaître mutuellement différentes qualités. Elle procure des sentiments positifs comme l'estime, le respect et la confiance en soi. Les principes de reconnaissances sont, selon A. Honneth, variables en fonction des contextes dans lesquels ils s'inscrivent. Si une institution déroge à ces principes, cela provoque une expérience négative dans le rapport à soi des personnes concernées. Il s'agit d'un déni des qualités des parties prenantes de l'organisation, ce qui provoque, selon A. Honneth (2006) des « *blessures morales* » qui prennent corps collectivement lorsque l'expérience individuelle du mépris est généralisée et trouve une forme d'expression collective, comme la résistance. On voit, dans cet exemple, que ce n'est pas tant le dispositif en lui-même qui cristallise des tensions, que la symbolique potentielle qu'il porte : les IBODE sont-elles plus méritantes que les autres parties prenantes de la prise en charge ? Est-ce à dire que les autres sont moins méritants ? À ce titre, la fonction de médiation symbolique positive que portait le dispositif (reconnaissance, motivation) échoue et cristallise des tensions inattendues qui déstabilisent l'organisation des situations de travail, car, par extension (intentionnelle ou non), il remet en cause une valeur fondamentale, l'Engagement, de certains soignants. C'est notamment le cas parce que la démarche de la direction donne le sentiment d'une « *reconnaissance instrumentalisée* » (Honneth, 2000 ; 2006). En effet, en ne faisant profiter que certaines catégories professionnelles de la prime, puis en la donnant à d'autres contre revendication, les agents ont le sentiment que l'objectif de départ de la manifestation de reconnaissance n'était pas tant de reconnaître, effectivement, les qualités des professionnels, mais de leur donner une contrepartie financière en échange d'une conformité comportementale aux attentes de l'organisation. Dans ces conditions, le dispositif provoque des manifestations affectives négatives chez les personnes n'ayant pas reçu la prime *et* chez les personnels ayant reçu la prime et échoue dans sa fonction de médiation symbolique.

Qualité (bonne pratique)

La troisième valeur principale défendue par les personnels observés et interrogés est la Qualité (bonne pratique). Elle est représentée en particulier chez les médecins, les cadres de santé et les infirmières. La Qualité est entendue ici comme bonne pratique. Elle se distingue d'une autre forme de qualité que l'on verra dans les sous-sections suivantes, la qualité au sens comptable. Ici, elle se définit comme pratique respectant des procédures et/ou comme pratique dont la valeur est reconnue du point de vue de l'intérêt du patient, même si cela doit aller à l'encontre des procédures. Dans le travail de prise en charge, elle induit le travail visible et le travail invisible. Cette valeur est fortement liée à la valeur Service. Elles se font écho dans la pratique du soin : un bon service relève d'un soin de qualité. Or, il ressort des discours des soignants que la plupart du temps, cette qualité est mise à mal par les conditions de travail et les moyens mis à leur disposition.



Centre A, observation MER, Annexe n°1, p. 107

Contexte : je suis en observation dans le service de neuroradiologie. Je les interroge sur leurs conditions de travail et leurs ressentis par rapport à celles-ci.

« Le service rencontre de gros problèmes de sous-effectif. Ça rend triste les MER de devoir mal prendre en charge les patients parce qu'ils doivent enchaîner 70 scanners par jour, en plus de la programmation des urgences. « Il faudrait trouver une solution pour faire du scan deux en un, parce que là le scanner est à bout de souffle et les MER sont tout sauf bienveillants avec les patients. Il faudrait réguler l'activité, pour réguler il nous faut du monde, pour avoir du monde il faut de l'activité. On est pris en otage ! » »

Ce passage fait écho à l'exemple précédemment mentionné où une première MER avait le sentiment de faire de « l'abattage » à cause de ses conditions de travail. L'organisation globale des parcours patients, au niveau du centre hospitalier, ne permet pas aux manipulateurs radio de prendre en charge les patients de manière qualitative, c'est-à-dire dans le respect des

procédures et des corps (du patient et du soignant). S'en suit une dégradation de la prise en charge où, comme dans l'exemple précédent, le patient n'est plus considéré que comme un corps à prendre en charge et où la communication est réduite au minimum. À cause de cette grande charge de travail, les MER ont la sensation de manquer de bienveillance et ressentent de la tristesse à les traiter ainsi. Pour la plupart, ils reconnaissent que les conditions d'exercice sont un facteur d'insatisfaction constante, de demandes de mutations fréquentes et donc de *turn over* fréquent.

« *Il faudrait réguler l'activité, pour réguler il nous faut du monde, pour avoir du monde il faut de l'activité. On est pris en otage !* » Cet extrait fait état de la difficulté que pose le postulat induit par la quantification et la rationalisation de l'activité. Le gel des embauches et le conditionnement des ressources aux résultats entraînent ici des conditions d'exercices délétères pour les soignants et les patients, sans possibilité d'aménagement à cause de la trop grande charge de travail. Cette situation cristallise de fortes tensions entre les soignants et la direction.



Centre A, observation MER, Annexe n°1, p. 108 :

Contexte : j'assiste à la réunion de pôle entre la direction et le pôle de radiologie. L'objectif est de réinstaller de la communication entre la direction et les services. Une MER investive la directrice générale (DG) sur la rationalisation de l'activité mise en place ces derniers mois au sein du pôle.

MER : « *Vous ne comprenez pas que les examens sont plus longs et que ramenés sur une journée ils rapportent moins. L'activité est là mais sous prétexte que les chiffres ne sont pas bons, on supprime des salles alors que les salles sont les poumons de l'activité.* » *Par ailleurs, la violence augmente dans le comportement des patients notamment à cause de ces contraintes d'organisation et de locaux.*

MER : « *On est tous en train de craquer. On a vraiment l'impression d'être tout le temps roulés dans la farine, c'est insupportable !* »

DG : « *Qu'est-ce que vous proposez ?!* »

MER : « *On donne le max de nous, on est à la limite du craquage. Et ça prouve bien que vous ne nous écoutez pas, on vous avait prévenu !* »

Cet exemple est un extrait de nos observations de la réunion entre la direction et le pôle radiologie du CH du Centre A. À l'origine, cette réunion est un dispositif de communication pour remédier à la crise de confiance entre les agents et la direction. L'objectif est de pouvoir échanger sur les difficultés de chaque pôle afin de trouver des justifications et/ou des solutions. Lors de cette réunion, la gouvernance du CH a été plusieurs fois invectivée sur différents sujets. Ici, une MER interpelle la directrice générale sur la rationalisation de l'organisation des services, fondée sur une quantification de l'activité. On voit ici comment ces dispositifs de gestion, dont l'objectif est de rationaliser l'activité de soin, peuvent traduire complètement autre chose que la réalité du terrain. Cette MER met en évidence qu'à trop s'appuyer sur des chiffres pour formaliser un modèle de gestion, sans prendre en compte les retours du terrain, on dégrade les conditions de travail et de prise en charge. Encore une fois, c'est l'absence de co-construction des dispositifs qui pose question. Les soignants souhaiteraient plus concertations en amont, pouvoir participer aux réflexions ainsi qu'à la mise en place des dispositifs, ou bien a minima que les dispositifs soient construits sur la base d'un projet où la concertation avec les personnels de terrain serait présente à chaque étape et où la validation de l'étape leur reviendrait. Cela met les agents en situations problématiques. Nos observations montrent qu'ils sont habitués à bricoler des solutions pour pallier la plupart des impondérables induits, directement ou indirectement, par cette situation. Or, la récurrence de ces impondérables et la récurrence de l'effort de créativité (Ménissier, Martin-Juchat, Lépine, 2017) qui en découle sont un facteur d'épuisement pour les soignants. Il convient de distinguer deux formes de bricolage. Il y a les situations qui forcent les agents à *s'adapter* ou à adapter un élément de la situation pour la résoudre. Dans ces conditions, l'acteur reste sous contrainte. C'est le cas notamment dans l'exemple du « Sierra » (Annexe n°1, p. 22). Dans cette situation la cadre a adapté le protocole à la réalité de son service en créant une étiquette de couleur permettant de trouver rapidement le médicament. Les situations de créativité, se caractérisent par des situations sous contrainte, mais dont l'action du protagoniste va changer les conséquences de la situation et ouvrir un espace de solutions nouvelles. C'est le cas par exemple de la cadre excédée qui refuse de se rendre aux réunions institutionnelles concernant son service (Annexe n°1, p. 137). Au lieu, par

exemple, de s'y rendre et de n'écouter que d'une oreille (adaptation), elle fait le choix d'agir hors du cadre de la contrainte, à savoir écouter la direction et change les conséquences de la contrainte (se déplacer, perdre le temps de la réunion, etc.). Sa posture professionnelle est donc créative vis-à-vis de l'organisation. D'autant plus que ces palliatifs s'inscrivant hors cadre ne sont pas reconnus par l'organisation quand ils permettent de l'entretenir, et sont reconnus comme des fautes individuelles lorsqu'elles échouent à entretenir l'organisation et la continuité de l'activité. Dans ces conditions, la prise en charge des patients relève d'un pari sur sa propre sécurité, dans un contexte de conflit de loyauté (Lépine, 2012) implicite entre respect des protocoles et service aux patients.

Questionner l'Économie, la Qualité (conformité) et la Bienveillance

Pour la plupart, ces discours décrivent des situations de tension. Ce caractère tendu et/ou conflictuel met en évidence une tentative d'articulation d'ensemble de valeurs dans l'interaction qui échoue. Nous venons de voir que les valeurs principalement défendues par les acteurs observés et interrogés via notre terrain sont : le Service, l'Engagement et la Qualité (bonne pratique). Nous avons vu également que pour l'ensemble, ces valeurs s'expriment à travers des manifestations affectives, car elles sont mises en défaut par le contexte et la ligne managériale des CH.

Il convient alors de s'intéresser aux valeurs majoritairement questionnées par les personnels observés et interrogés. Il s'agit de la valeur Économie (172 occurrences), de la valeur Qualité – au sens de conformité à la norme – (147 occurrences) et de la valeur Bienveillance (124 occurrences).

Économie

Nos résultats montrent que la valeur la plus remise en question en situation est la valeur Économie, notamment chez les médecins, les cadres de santé, les infirmières et les cadres supérieurs de santé. Elle fait référence aux procédés d'administration d'un bien, une entreprise par une gestion prudente et sage afin d'obtenir le meilleur rendement en utilisant le moins de ressources possible. Faire des économies, investir au plus juste, rentabiliser les services sont de grands objectifs de l'administration publique selon le modèle du NMP. Ceux-ci sont

régulièrement dénoncés par les agents du service public eux-mêmes. Ils font état d'un décalage trop grand entre les attentes des organisations en termes de qualité et les moyens qui leur sont alloués. Ne disposant pas de suffisamment de ressources pour fournir un travail de qualité, ils manifestent leur besoin et n'ont qu'en retour une injonction globale à faire des économies. Les exemples suivants témoignent de situation où l'Économie prime sur la qualité de l'activité.



Centre A, observation CDS, Annexe n°1, p. 35 :

Contexte : nous déjeunons avec d'autres cadres de santé. Les propos tenus ici, sont ceux d'une autre cadre que celle dont nous observons le quotidien.

*« Le responsable économat demande des trucs abracadabrantésques. Ils ont commandé des draps de 30 x 40 cm pour faire des économies, alors que les brancards font 1m90 en demandant de n'utiliser qu'un drap par patient. Compte tenu de la taille des brancards ce n'est pas possible, donc **on en utilise 6 par examen. Où est l'économie là-dedans ?** »*

Cette situation est intéressante, car elle témoigne du glissement de l'injonction de faire des économies vers des situations que les soignants trouvent « abracadabrantésques ».

Dans cette situation, l'exaspération de la cadre est provoquée par le fait qu'ils aient commandé de petits draps pour respecter le principe d'économie. Or, c'était sans prendre en compte la taille des brancards, les draps sont *trop* petits. Encore une fois, le principe se heurte à la réalité de l'activité. Cette situation témoigne du manque de communication entre les services logistiques et les services opérationnels, mais également d'un conflit de valeurs entre Économie et Qualité (BP). On peut lire entre les lignes que les soignants ne font pas, ici, de compromis sur la qualité des services dispensés aux patients, peu importe le type de ressources dont ils disposent. Dans ces conditions, pour réaliser leur travail correctement, ils sont obligés de multiplier l'utilisation des draps, ce qui renverse complètement l'objectif premier du

responsable économat. Le principe d'économie, poussé dans la moindre situation et, surtout, sans prise en compte de la réalité de l'activité, aggrave finalement les dépenses et laisse au soignant le sentiment d'évoluer dans des situations qui, a minima, manquent de bon sens.

Dans le même temps, les problèmes posés par cette injonction à faire des économies peuvent aller encore plus loin et avoir des conséquences directes sur la santé des soignants.



Centre A, entretien Cadre supérieur de santé, Annexe n°3, p. 228 :

« Donc la logique pour nous pour le H24, 7j/7, du coup vous regroupez les équipements, vous regroupez aussi les personnels. On peut même... mutualiser voire rationaliser du personnel ! Voilà, non seulement vous regroupez les gens et soit vous gardez le même nombre de personnels et vous rattrapez le manque que vous avez aujourd'hui pour de la manutention ou quoique ce soit – par exemple le manip est seul en salle et qu'il faut passer quelqu'un sur la table, avec des patients de plus en plus vieux, de plus en plus gros... Il se casse le dos et quand il a le dos cassé c'est fini. Vous le mettez au placard et faut le remplacer. Mais ça, ça coûte. Et après on vous dit faut faire des économies ! Faire des économies déjà c'est en amont, avant d'attendre que le mec se casse le dos, c'est d'organiser des sites où on concentre des flux où les patients sont lourds à prendre en charge et là vous mettez le personnel nécessaire en masse pour pas qu'ils se cassent le dos. Et dans d'autres secteurs – et c'était mon projet – dans d'autres secteurs où on a du flux valide et de la consultation, pour les gens valides un seul manipulateur est nécessaire en salle radio. Comme dans le privé. »

Cet extrait d'entretien fait écho à une situation précédemment mentionnée, dans laquelle les infirmières témoignent du fait que l'objectif de leur cadre supérieur est de former des agents polyvalents, au détriment de la reconnaissance de leurs compétences et de leur valeur individuelle (Honneth, 2006 ; Lépine, 2018). On dispose ici de la raison d'une telle ligne managériale : l'injonction à faire des économies. Utiliser le moins de ressources possible suggère de mutualiser le plus possible les ressources humaines, matérielles et les compétences.

Or, vraisemblablement, cela met les soignants en difficulté. Le cas des manipulateurs radio est intéressant, car cette tendance à la mutualisation des compétences et à la réduction des effectifs fait peser le poids de la contrainte directement sur leur corps et leur santé. Un corps soignant qui, selon nos observations, n'est jamais pris en compte comme composante pertinente dans l'élaboration de dispositifs attenants à l'activité. Perspective problématique lorsqu'il s'agit de faire. Par ailleurs, cette dénégation du corps du soignant dans l'activité, au nom d'un principe de gestion, renforce le sentiment des soignants d'être des interchangeables. On peut citer de nouveau l'infirmière qui se sentait « *quantité négligeable* » par exemple (Annexe n°1, p. 159). Lorsque notre interlocuteur dit : « *Il se casse le dos et quand il a le dos cassé c'est fini. Vous le mettez au placard et faut le remplacer* », il exprime la réalité d'une activité qui ne prend pas soin des soignants et qui participe du sentiment de manque de reconnaissance et de déconsidération ressenti par les soignants.

Qualité-Conformité

La deuxième valeur la plus questionnée par les acteurs est la Qualité (conformité) notamment par les infirmières, les médecins et les cadres de santé. Elle se distingue de la Qualité (bonne pratique) et se définit comme conformité à la norme légale (respect strict des procédures et des protocoles) et aux objectifs, notamment comptables, de l'organisation.



Centre B, observation CDS, Annexe n°1, p. 95

Contexte : je suis en observation avec le cadre du service de neuroradiologie. Une MER faisant partie de l'équipe dédiée au traçage de l'activité et à la production de statistiques nous rend visite.

*« La présentation de mon sujet de thèse donne lieu à une discussion sur les difficultés d'organisation en radio centrale [...] Elle est notamment mécontente du **décalage qui existe entre validation et activité, ça laisse peu de temps pour le traçage.** "Par exemple, le travail*

*de nuit, ils le valident l'après-midi, ça veut dire **traçage de jour sous le code activité de jour, donc l'activité de nuit chute dans les stats et on n'a pas de poste de nuit alors qu'il y a beaucoup d'activités.** S'il n'y a pas de traçage de nuit, ça veut aussi dire pas de prise en compte des exigences de sécurité et de protection des manip' du point de vue de leur responsabilité. **L'activité déportée fait aussi partie de l'activité, mais la DG est sourde !** Le truc c'est que si on ne valide pas volontairement la nuit bah on se pénalise tout seul. Après vous faites comme vous voulez, mais faut assumer. » »*

Dans un premier temps, nous pouvons relever que dans ce service, où le flux patient est très important, il existe une équipe dédiée aux vérifications du traçage et à la production de statistiques sur l'activité. Ensuite, la problématique qu'elle partage avec nous à ce moment-là mérite notre attention à double titre. Elle témoigne, à la fois, du décalage qui existe au sein de l'activité entre le temps de la prise en charge et le temps du traçage, et des conséquences de ce décalage sur l'organisation du service. Du point de vue de l'organisation, la valeur Qualité (conformité) se manifeste sur le terrain par la multiplication des protocoles concernant l'activité, la certification du CH, les processus de mise aux normes et de contrôle attenants et le conditionnement des ressources à partir de données chiffrées, induisant des dispositifs comme le traçage, le reporting, etc. Cet exemple met en évidence que, suivant le flux de patient, les soignants n'ont pas forcément le temps de réaliser leur traçage sur le moment. Or, dans le cas du traçage de nuit, cela pose problème, car toute activité non tracée, n'existe pas aux yeux de la direction. Ce sont les statistiques produites à partir du code de nuit qui conditionnent les ressources attribuées aux équipes de nuit (des collègues supplémentaires, des équipements de sécurité etc.). Or, si le code de nuit n'est pas suffisamment représenté, même par manque de temps pour le traçage, cela pénalise les équipes.

Le discours de cette MER laisse entendre que le concept d' « *activité déportée* » a déjà été exposé à la direction. Pour autant, celle-ci ne semble pas être favorable au fait de rendre le conditionnement des ressources plus flexible, du moins pas sans preuve statistique. Dans ces conditions, la qualité du traçage – au sens de conformité à la norme de traçage et à la norme statistique attendue – conditionne l'organisation et l'attribution des ressources aux équipes. Cette rigidité du cadre d'exercice, qui ne laisse pas de place aux récits des soignants sur la

réalité de l'activité, peut les mettre en difficulté et cristallise des tensions contre la direction qui semble « sourde ».



Centre B, observation CDS, Annexe n°1, p. 132

Contexte : je suis en observation avec la cadre du service. Nous sommes dans le bureau de sa collègue. Nous échangeons toutes les trois sur leurs conditions de travail et sur le sens de leur métier. Elles m'expliquent qu'au sein du pôle, il existe un dispositif de centralisation de gestion des lits vides. Le service appelle les cadres plusieurs fois par jour pour savoir si elles ont des lits vides dans le service afin d'en faire profiter des patients qui en ont besoin. En plus des appels, les cadres doivent remplir des tableaux de suivi à destination de ce service.

« Moi j'ai refusé tout net de remplir leurs tableaux. Ce sont des dispositifs que la direction nous rajoute juste pour faire bien. Juste pour la certification et le ministère. Non ! En plus ça crée plus de problèmes qu'autre chose. Notre boulot c'est assurer la continuité des soins alors on l'a mis de côté ce truc là. » Elle m'explique qu'elles comprennent de moins en moins la philosophie de la direction. Elles ont l'impression que plus ils montent en grade plus les postes deviennent stratégiques et donc plus ils se déconnectent de l'activité de soin. "Tout ce qu'ils veulent c'est ne pas avoir de problèmes. Et pendant les réunions ils s'auto-gargarisent d'eux-mêmes et de leurs projets institutionnels." La gestion des lits provoque de la lassitude chez les cadres dont les services sont peu fournis, mais la gestion du dispositif provoque de la lassitude et de l'exaspération. »

Cette situation illustre l'opposition entre la valeur Qualité, au sens de bonne pratique, et la valeur Qualité, au sens de conformité. Le dispositif en question est considéré par la cadre

comme étant un dispositif de communication à l'intention des instances de contrôle qui approuvent les certifications des centres hospitaliers et/ou le ministère de la Santé. Ce dispositif répond à un impératif de gestion des flux patients au plus juste de la disponibilité des lits. Il sert également de service de reclassement pour les infirmières atteintes de troubles musculo-squelettiques qui ne peuvent plus exercer en service de soin. Il s'agit donc à la fois d'un dispositif de gestion du parcours patient, mais également d'un dispositif de gestion des ressources humaines en interne.

Dans cet exemple, la cadre de santé dénonce notamment la charge de travail supplémentaire qu'induit ce dispositif et les problématiques de gestion interne que cela peut entraîner. Par exemple, si un lit disponible est réservé par le service de gestion centralisé, elle ne peut plus le mobiliser en cas d'arrivée d'une urgence dans son propre service. Plus largement elle dénonce la production de dispositifs, de la part de la direction, qui ne servent qu'à remplir les objectifs de Qualité, au sens de conformité avec les objectifs et les représentations liées au modèle de gestion national. Son discours laisse supposer qu'elle considère ces dispositifs comme des actions de communication qui n'apportent rien, sauf peut-être des complications, à l'activité de son service. Elle y oppose notamment son propre sens métier – à savoir « *assurer la continuité des soins* » –, et elle a décidé de prioriser et d'ignorer tout dispositif imposé par la direction qui entrerait en contradiction avec l'exercice de sa mission. Plus largement, les actions de communication et les dispositifs dont l'objectif est de favoriser l'attractivité des établissements, et notamment l'émergence des directions de communication, sont considérés par les soignants comme des investissements inappropriés. Le conflit de valeur entre la Qualité (bonne pratique) et la Qualité (conformité) s'inscrit dans cette perspective. Les dispositifs de mise en conformité des centres hospitaliers avec les nouvelles normes liées au NMP relèvent d'actions vitrine, « *juste pour faire bien* » auprès des instances gouvernementales. Elles ne sont pas considérées comme réellement aidantes, au contraire.

Bienveillance

Enfin, la troisième valeur que les soignants questionnent chez leurs interlocuteurs dans les situations sélectionnées est la valeur Bienveillance. Celle-ci est à rapprocher du concept de « *care* » (Molinier, Laugier et Paperman, 2009) qui met en avant les dimensions de proximité et d'engagement des parties prenantes dans les relations, mais également la sollicitude et la reconnaissance et le soin apporté aux besoins et à la vulnérabilité d'autrui (Molinier, Laugier et

Paperman, 2009 : 29-30). Cette mise en question de la bienveillance d'autrui revient surtout dans le discours des infirmières, des secrétaires et des cadres supérieurs de santé. Il s'agit de la valeur Bienveillance au sens de volonté d'agir pour le bien et le bien-être d'autrui. Cette dernière valeur intervient dans le cadre de conflits de valeurs préexistants et installés suffisamment pour que chacun des interlocuteurs questionne la bienveillance de l'autre dans le conflit. Il est intéressant de noter que les soignants interrogent le plus souvent la bienveillance des gestionnaires et de tous les échelons de direction, et les administratifs, la bienveillance des opérationnels, mais également des instances de direction supérieures et des instances gouvernementales. La plupart du temps, les situations qui impliquent d'interroger la bienveillance de son interlocuteur attestent de cas où les liens de communication sont fortement dégradés. Nos résultats montrent que les relations de communication les plus dégradées sont entre la direction et les soignants.



Centre A, entretien médecin oncologue pédiatre, Annexe n°3, p. 191

Contexte : Nous échangeons sur la ligne managériale du CHU et sur ses conséquences sur le quotidien des soignants.

« Y'a quelque chose qui est très nouveau dans l'hôpital public sur les dernières années avant l'hôpital public ne communiquait pas ! Un hôpital public, il était là pour gérer les patients 24h/24, 7j/7, quelle que soit l'heure, la problématique de soin, leur religion, leur culture.. voilà ! C'est le service de soin tel qu'il a été pensé à la française, et en tous cas tel qu'il marchait bien, même si bien sûr il fallait faire des économies de santé et il y a une réflexion à faire là-dessus. Mais, euh, là... Y'a de la com ! C'est-à-dire que là, on a la direction de la communication qui, alors même que là les soignants sont en détresse, il y a des alertes partout, on dit qu'il y a des choses qui ne vont pas... En même temps, on a une direction de la communication qui affiche l'excellence de ceci, la communication à l'international des travaux du CHU... Et là il y a quelque chose qui est assez mal perçu aussi. Parce que quand on a des énormes besoins d'économies de la santé, on trouve qu'il y a des choses

qui n'ont pas forcément leur place dans l'hôpital public. Qu'il y ait de la recherche universitaire pointue, que les jeunes médecins qui travaillent dans les hôpitaux universitaires et qu'ils aient dans leurs formations et dans leurs temps de travail un versant recherche – comme ça se pratique très bien au Canada par exemple, au Québec, culture francophone où on a du temps de recherche. Ça fait partie des missions du CHU. Et de favoriser de qualité là oui ! [voix basse], Mais par contre, qu'on puisse vouloir communiquer sans arrêt sur l'extérieur comme s'il fallait faire de la publicité... et introduire de la concurrence entre les centres hospitaliers universitaires [rire] ça ça nous apparaît pas pertinent, pour le service public. Pas de cette façon-là. Surtout quand le fossé se creuse vraiment entre [rire] ce qu'il se passe sur le terrain et ce qui est affiché par la direction de la com' des hôpitaux. »

[...]

« Et je vais vous dire nous on vient de vivre des drames quand même ici. Enfin, on est encore en train de vivre des drames humains, des choses dramatiques depuis novembre. Tous les mois avec notre fiche de paye on reçoit, et ça vous pouvez en récupérer, “tout est bien dans leur meilleur des mondes, dans cette institution tout va très bien. Regardez, il ne se passe que des choses bien pour les patients.” Ça c'est pas supportable... Ça c'est insupportable. »

Nous avons choisi cet exemple dans la lignée de ce que nous avons développé précédemment. Nous pouvons constater ici que la communication institutionnelle s'inscrit en décalage avec les attentes et les besoins des soignants. L'émergence de professionnels de communication interne et externe et de dispositifs de promotion attenants s'inscrit dans une dynamique de marchandisation du soin que les soignants trouvent inappropriée compte tenu de la mission de l'établissement – « *Un hôpital public, il était là pour gérer les patients 24h/24, 7j/7, quelle que soit l'heure, la problématique de soin, leur religion, leur culture.. Voilà !* » – et du contexte. Au même titre que les événements de cohésion organisés par les directions de pôle, les documents de promotion des activités du CHU, joints aux fiches de paye des soignants, participent de dispositifs d'embellissement dont la mission est de pacifier une situation problématique. Or, au même titre que les dispositifs pris précédemment en exemple, ceux-ci échouent, car ils se heurtent aux manifestations affectives des soignants et au sens de leur métier. Ces manifestations affectives sont largement empreintes d'affects négatifs, et ce, depuis longtemps. Ces dispositifs de médiation symbolique positive sont défailants, car ils provoquent encore plus d'affects négatifs et dégradent un peu plus les processus de communication. En

l'occurrence, ces actions de communication sont reçues par les soignants comme une dénégation, voire un mépris, de leurs problématiques et les poussent à interroger la bienveillance de leur direction. Nous pouvons y trouver deux raisons. Premièrement, il existe pour la direction générale une responsabilité légale à l'égard de la santé et du bien-être au travail. En niant les besoins des soignants, la direction nie sa responsabilité dans la prise en charge du bien-être au travail de ses salariés. Par ailleurs, la Bienveillance inclut un principe moral de reconnaissance et de prise en compte des besoins d'autrui. En niant les besoins des salariés, elle se soustrait à cette valeur morale, ce qui pousse les soignants à questionner ses intentions.

C'est une problématique que nous pouvons également retrouver au niveau même des services, entre soignants et encadrant de proximité.



Centre A, observation IDE, Annexe n°1, p. 53

Contexte : suite à plusieurs actions de sollicitude de la part de ses collègues qui ont allégé son emploi du temps, l'infirmière que j'observe a un peu de temps libre. J'en profite pour mener un entretien libre sur la question de ses conditions de travail. Cet extrait concerne précisément l'ambiance de travail dégradée du service qui favorise le turn-over et les relations avec leurs encadrants.

« Pour ressouder l'équipe il faudrait organiser des discussions, stimuler la conscience collective, là c'est pas le cas. Tout le monde finit par partir parce que les gens sont à bout, surtout il y a quelque temps, là ça va un peu mieux, mais le climat n'est toujours pas top...

Notre cadre sup est imbuvable et notre cadre formel est oppressif : elle ne veut pas entendre les difficultés. C'est une grosse râleuse, mais faut apprendre à râler de façon constructive, elle, elle nous juge. »

La première chose que nous apprend cet extrait, c'est que le contexte et la dégradation progressive des conditions de travail des soignants ont détérioré les relations interpersonnelles à l'échelle de ce service. Il s'agit d'un service où les prises en charge sont, à l'origine, très chargées affectivement. Les soignantes sont confrontées à la mort de jeunes enfants régulièrement. Cependant, on peut lire ici que le désengagement des soignants vient de la dégradation de leurs conditions de travail, bien plus que des difficultés affectives que posent les prises en charge. Dans ce cas, l'équipe rencontre des difficultés relationnelles et communicationnelles avec leur hiérarchie. Cela pousse les soignants à mettre en question la bienveillance de leurs encadrants. La dégradation de leurs conditions de travail ajoutée à une ambiance de travail où elles ne se sentent pas reconnues, voire où elles se sentent dénigrées, engendre peu à peu du désengagement. C'est, notamment, parce que la qualité de la communication entre agents et hiérarchie ne permet pas de compenser la dégradation des conditions de travail et favorise les départs.

Nos résultats montrent que lorsqu'il s'agit de faire remonter cette difficulté, les soignants n'obtiennent généralement pas de solution satisfaisante ou de réponse. Cela engendre le sentiment de ne pas être écouté et de la frustration. Il convient de noter qu'il s'agit d'un schéma présent à tous les niveaux hiérarchiques. Ce que l'on a pu observer, c'est qu'à tous les niveaux les difficultés remontent effectivement. Cependant les réponses descendent, elles, très rarement et quand elles descendent elles sont source d'insatisfaction. On peut faire l'hypothèse que sachant les réactions qu'elles vont susciter, les encadrants – de proximité ou non – préfèrent éviter de communiquer ces réponses (quand ils les ont), pour entretenir une forme de *status quo* et éviter les conséquences d'une situation dont ils n'ont pas la responsabilité et pour laquelle ils sont impuissants à répondre favorablement.

La récurrence de ce genre de situation entame la confiance des agents envers leurs hiérarchies (tout niveau hiérarchique confondu) et incite les agents, en dernier recours d'interprétation de la situation, à questionner la bienveillance individuelle de leur interlocuteur, la reconnaissance et le respect porté à leurs problématiques. Cela peut inciter également les acteurs à questionner non pas la valeur en elle-même, mais le fait de revendiquer cette valeur sans l'appliquer vraiment. Cela relèverait d'une forme d'instrumentalisation (Honneth, 2006) des valeurs du service public, provoquant, par extension, une forme de mépris de cet ensemble de valeurs et engendrant, comme pour la reconnaissance, des « *blessures morales* » collectives chez les soignants. Nous insistons, par ailleurs, sur le fait que cette dynamique est présente à

tous les niveaux hiérarchiques, car il semble que les tensions liées aux exigences de rationalisation et de productivité soient systémiques. Un IDE nous confiait à ce propos : « *C'est une cascade en fait : le ministère et l'ARS mettent la pression au directeur, qui met la pression à ses sous-fifres, qui mettent la pression aux équipes... C'est en cascade... En fait, la maltraitance institutionnelle, elle existe pour assurer les directives du gouvernement.* » De même que cette cadre à propos de l'arrivée d'un nouveau directeur général : « *A la direction, certains directeurs chuchoteraient le mot harcèlement, les départs se multiplient autour de lui. Lorsqu'il est arrivé il a viré toute l'ancienne direction et les a tous remplacés soit par des manipulateurs soit par des gens qui ont les dents qui rayent le parquet. Des incompetents.* » ».

L'objectif de cette section consistait à présenter nos résultats concernant l'articulation entre émotions et valeurs (Schwartz, 1999 ; Moscovici, 1989 ; 2001 ; Viard, 2014) en situation, à partir des discours des personnels observés et interrogés. À partir de l'identification de rapports de forces sous-jacents à des situations racontées par les personnels observés et interrogés, il s'est agi de mettre en évidence les conflits de valeurs principaux attenants aux différentes situations, ainsi que les valeurs principalement défendues et questionnées par les agents.

Nos résultats montrent que les problématiques rencontrées au niveau des situations et des processus de communication ont pour origine des conflits de valeurs (Lépine, 2012 ; Viard, 2014). Selon notre analyse **les valeurs les plus défendues** par les agents en situation – tous acteurs confondus, sont les valeurs :

- Service : au sens de l'ensemble des obligations, des devoirs envers les individus à qui sont destinés les services en question.
- Engagement : au sens de mise à disposition de sa force librement consentie – par contrat, promesse, convention et obligation -, en vue de prendre soin des usagers du service public nécessitant assistance.
- Qualité (bonne pratique) : au sens de pratique respectant des procédures et/ou comme pratique dont la valeur est reconnue du point de vue de l'intérêt du patient, même si cela doit aller à l'encontre des procédures.

A contrario, **les valeurs les plus questionnées** par les acteurs en situation sont les valeurs :

- Économie : au sens de procédés d'administration d'un bien, une entreprise par une gestion prudente et sage afin d'obtenir le meilleur rendement en utilisant le moins de ressources possibles.
- Qualité (conformité) : au sens de conformité à la norme légale (respect strict des procédures et des protocoles) et aux objectifs, notamment comptables, de l'organisation.
- Bienveillance : au sens de volonté d'agir pour le bien et le bien-être d'autrui.

Il convient de noter que chacune est questionnée selon des modalités différentes. L'Économie est la valeur la plus contestée par les soignants, la Qualité (conformité) est la valeur la plus controversée et la Bienveillance est attendue mais absente. Ces conflits de valeurs sont nourris au quotidien par une difficile mise en compatibilité de l'esprit du soin et de l'esprit du NMP, notamment sur la question des moyens et de la qualité des soins. Ces situations induisent un sentiment généralisé de malaise, des débordements affectifs et/ou des difficultés, voire une dégradation explicite de la communication en situation.

Au niveau des **situations**, notre analyse montre que les dispositifs adossés au NMP mettent en difficulté les prises en charge patient. Le manque de moyens, liés au contexte socio-économique, mais entretenu par le principe d'économie et de rentabilité, induit des conditions de prise en charge ressenties comme maltraitantes par les soignants. Les situations sont variées : certains se retrouvent enjoint à devoir réaliser des actes à la chaîne, là où d'autres doivent faire preuve de créativité pour pallier le manque de ressources et tout de même respecter les standards qualité de leurs prises en charge. Par ailleurs, les dispositifs de gestion et de contrôle attenants à l'activité de soin conditionnent l'attribution des ressources aux équipes. Or, nos résultats montrent que la réalité de l'exercice ne permet pas toujours de tracer l'activité correctement, ou au bon moment. Cette dynamique rend invisible de toute une partie de l'activité et entraînant des difficultés d'organisation par manque de ressources.

Ces situations entraînent un fort sentiment de perte de sens au travail, avec comme effet collatéral une dégradation de la prise en charge où la communication avec le patient est réduite au minimum et où il n'est plus considéré, que, comme un corps à traiter. Ces conditions d'exercice sont un facteur d'insatisfaction récurrent qui favorise les demandes de mutation ou les réorientations professionnelles.

Dans le même temps, ces dispositifs altèrent également la communication interpersonnelle. Nous avons pu observer que la dégradation progressive de leurs conditions de

travail et les conflits de valeurs irrésolus avec leurs encadrants et la direction détériorent la communication interpersonnelle à l'échelle des services et donc de la communication organisationnelle. La récurrence de ces conflits de valeurs et la difficile mise en compatibilité des différents ensembles de valeurs induisent, chez les soignants, le sentiment de manquer de reconnaissance, voire d'être dénigrés au quotidien. La qualité de la communication entre agents et hiérarchie ne permet pas de compenser la dégradation des conditions de travail et favorise, *in fine*, le désengagement et les départs.

Au niveau des **processus** de communication, nos résultats montrent que ces dispositifs cristallisent des tensions principalement, car ils ne font pas l'objet, *a minima*, d'une concertation, mais, surtout, d'une co-construction entre hiérarchie et soignants. Les parties prenantes des prises en charge n'étant pas consultées, il en résulte des dispositifs qui ne sont pas adaptés à l'activité et qui poussent les soignants, au quotidien, à bricoler pour pallier les difficultés que posent ces dispositifs. Il convient de noter que ce travail invisible induit une prise de risque individuelle. En effet, selon nos résultats, ces contournements ou détournements de dispositif doivent rester invisibles aux yeux de l'organisation, et sont tolérés tacitement tant qu'ils permettent de maintenir l'organisation et la continuité des soins. Cependant, en cas d'échec du contournement, c'est la responsabilité individuelle du soignant ou de l'encadrant qui est engagée.

S'ils sont habitués à bricoler pour assurer la continuité des soins, il convient de noter que la charge de travail supplémentaire visible et invisible (organisation palliative) qu'induisent ces dispositifs et la récurrence de ces situations représente, selon les soignants, un facteur d'épuisement professionnel. Plus largement, nous avons pu observer que le corps des soignants n'est que rarement pris en compte dans l'élaboration de dispositifs attenants à l'activité. Cette dénégarion du corps du soignant dans l'activité peut avoir des conséquences directes sur leur santé et renforce le sentiment d'être interchangeables et favorise le désengagement.

Ce ne sont, cependant, pas les seuls éléments qui mettent en défaut l'engagement des soignants. Nous avons pu observer une forme de reconnaissance des difficultés liées au manque de moyens par l'organisation. En effet, nous avons pu observer quelques dispositifs de médiation symbolique positive, dont l'objectif était de manifester une forme de reconnaissance aux soignants, de les motiver et de stimuler leur valeur Engagement. Or, nous avons observé, dans le même temps, que ces dispositifs échouent, car, pour la plupart, ils sont sous-tendus par l'idée de récompense au mérite. Cette connotation morale des efforts fournis au quotidien, tend

à fractionner le collectif et questionne implicitement l'engagement des soignants. Le dispositif crée, ainsi, plus d'affects négatifs que de motivation et échoue dans sa fonction de médiation symbolique. De plus, il peut cristalliser des tensions inattendues au niveau interpersonnel, qui peuvent déstabiliser l'organisation des situations de travail.

In fine, la récurrence et l'absence de solutions trouvées à ces conflits de valeur provoquent la mise en cause de la bienveillance individuelle des parties prenantes du conflit. Ces situations induisent des processus de communication et une communication interpersonnelle fortement dégradés. Le clivage le plus exprimé dans ces conflits de valeur oppose principalement les soignants à la direction générale. Pourtant, la valeur Service est la valeur la plus défendue par l'intégralité des acteurs observés et interrogés. Cette valeur est partagée par l'ensemble des acteurs. Nous avons pu observer, également, que ce paradoxe est possible, car les tensions liées aux exigences de rationalisation et de productivité sont systémiques. En effet, nous avons pu observer qu'à tous les niveaux, les difficultés sont effectivement remontées de hiérarchie en hiérarchie – soit au moyen de dispositifs prévus à cet effet, soit de manière plus directe et informelle. Cependant, les réponses, elles, arrivent rarement à destination et quand elles descendent, effectivement, jusqu'à l'acteur ayant fait la demande initiale, elles sont rarement satisfaisantes. Chacun fait porter la responsabilité de leurs difficultés aux dispositifs imposés par leur direction – et par extension à leur direction directement. Et ce, à tous les niveaux hiérarchiques. Les instances dirigeantes des centres hospitaliers sont tributaires de dispositifs imposés par des institutions centralisées telles de l'ARS ou le Ministère de la Santé et des Solidarités. *In fine*, tous font porter la responsabilité des difficultés actuelles aux politiques publiques de santé. Cela tend à indiquer que les effets d'injonction et de normalisation dus à la rationalisation, ont plus trait au modèle de gestion globale qu'aux intentions des directions prises individuellement.

Enfin, concernant les **politiques de communication**, nos résultats montrent que la mise en place de campagnes de communication qui favorisent l'attractivité du centre hospitalier représente, pour les soignants, des investissements inappropriés. Ces dispositifs regroupent à la fois des initiatives de promotion de l'activité du CH internes et externes. C'est le cas, par exemple, de dispositifs de mise en conformité des CH avec certaines normes liées au NMP. Ces dispositifs sont considérés, par les soignants, comme des actions vitrines dont l'objectif est plus de témoigner d'une certaine Qualité (au sens de conformité) que de réelles actions aidantes. Selon nos résultats, ces dispositifs échouent en termes de médiation symbolique, car ils sont

reçus comme dénégalation des compétences d'organisation des parties prenantes du soin et dispositifs de marchandisation du soin – en opposition à la valeur Service. C'est le cas également des politiques de communication interne visant à pacifier les protestations envers la direction et le modèle global de gestion. Nos résultats montrent que certains dispositifs relèvent de la production de discours d'embellissement (Cabedoche, 2014). Leur objectif est de maîtriser les manifestations affectives collectives induites par les conflits de valeurs irrésolus. Cependant, ces dispositifs et ces discours ont tendance à rendre invisible le vécu des soignants, à l'origine de ces protestations et provoquent, de fait, encore plus d'affects négatifs. Le tabou autour de la réalité du vécu des soignants est vécu, de plus en plus, comme insupportable. Il semble que la plupart des soignants aient intégré le fait que, pour la direction, la continuité de l'activité soit supérieure à leur santé ou leur bien-être au travail. Nos résultats montrent que ce principe renforce, chez les soignants, l'impression d'être, *dixit*, des « *pions* » et, à la longue, met en défaut leur engagement professionnel.

Il convient de noter que dans la plupart de ces situations, ce sont les manifestations affectives des soignants qui permettent, malgré tout, aux valeurs de s'exprimer. Les dispositifs dont la fonction est de médier symboliquement les valeurs des soignants, afin de réguler leurs manifestations affectives (Gramaccia, 2011), eux, échouent la plupart du temps. La section suivante a pour objet les perspectives de notre terrain sur les dynamiques de coopération en lien avec l'affectivité. Nous y verrons, notamment, dans quelles mesures ce sont, paradoxalement, les manifestations affectives, qui permettent aux soignants de trouver, par eux-mêmes, les ressources nécessaires pour assurer la continuité de l'activité et quel rôle peut jouer l'attachement et la sororité ou le sentiment de fraternité en situation de travail dans une perspective de résolution.

Section 3 : Communications affectives et résolution de situations

Cette dernière section a pour objectif de présenter les perspectives de nos résultats sur les dynamiques de coopération (Zarifian, 1996 ; 2005 ; Lépine, 2018) *in situ*, en lien avec l'affectivité. Dans le cadre de notre théorisation ancrée, certains résultats ont émergé directement du terrain sans anticipation de notre part. C'est le cas des résultats présentés dans cette section. Nous avons vu dans quelles mesures les manifestations affectives pouvaient mettre en évidence les limites de la médiation symbolique traditionnellement conférée aux dispositifs info-communicationnels. **Nos résultats montrent, également, qu'elles font partie**

des processus de résolution des situations engendrées par ces dispositifs. En l'occurrence, nos résultats montrent que l'expression des émotions permet dans de nombreuses situations la mise place de dynamiques de coopérations spécifiques (négociations, compromissions, entre-aide, réorganisations, etc.). Dans la lignée des définitions sociologiques qui nourrissent les travaux SIC sur cette question, nous entendons ici le terme coopération comme action d'agir et/ou de travailler, ensemble (Zarifian, 1996 ; 2005 ; Lépine, 2018). Selon le sociologue P. Zarifian (1996 ; 2005), la coopération induit de partager directement une action ou de s'organiser pour faire converger des actions en vue d'un objectif commun. Cette organisation nécessite généralement des révisions et des réajustements en cours de réalisation pour assurer cette convergence. Ainsi, toute coopération suggère de « *se connaître [...] savoir ce qu'on peut attendre de l'autre et réciproquement* » (Zarifian, 2005 : 122), notamment grâce à des temps d'échange. Le chercheur souligne particulièrement l'importance des processus d'intercompréhension nécessaires à la formalisation d'une coopération forte. En opposition à une coopération faible qui ne se composerait que de la coordination de tâches et de responsabilités séparées, la coopération forte consiste à construire une compréhension réciproque des enjeux de l'activité (individuels et collectifs) et à développer des modalités qui permettent de travailler réellement ensemble, indépendamment des responsabilités séparées de chacun (Zarifian, 1996 : 6-7). A la lumière de nos résultats, nous avançons que ces processus sont verbaux et non verbaux et prennent en compte les communications affectives. Les discussions permettant de se mettre d'accord sont sous-tendues par des ensembles de représentations et de valeurs propres à chacun. Nous avons vu précédemment que ces ensembles peuvent se manifester verbalement et non verbalement, notamment grâce aux manifestations affectives. Cette perspective tend à envisager ces dernières (verbalisées ou non) comme processus d'intercompréhension.

Au niveau des situations, nos résultats mettent en évidence une place prépondérante des manifestations affectives positives dans les processus de coopération. Ce constat met en évidence le rôle des manifestations affectives d'attachement (Martin-Juchat, 2008 ; Landry, 2007) dans les processus d'intercompréhension qui conditionnent la coopération. Nous avons vu que la place des affects à l'hôpital reste très ambivalente : entre compétence invisible (Wittorski, 1998 ; Lépine, 2012) et mouvement intime et individuel du corps des soignants. Or, nos observations montrent que l'attachement, et plus largement les affects, jouent un rôle important dans les processus de prise de décision, de coordination et de coopération en situation. Cependant, souffrant d'un manque de reconnaissance de la part de l'organisation, cet « *agir*

affectif » (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018) reste un processus d'intercompréhension et une compétence invisible et implicite.

Il s'agit dans cette section d'expliquer et d'illustrer dans quelles mesures les manifestations affectives permettent aux soignants de trouver, par eux-mêmes, les ressources nécessaires pour assurer la continuité de leur activité et dans quelles mesures cet « *agir affectif* » (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018) reste une compétence invisible. Il s'agit, également, de déterminer quel rôle peut jouer le sentiment de sororité/fraternité en situation de travail. Nous verrons, notamment, qu'il permet de recréer des espaces bienveillants de coopération, de mise en mouvement et d'autorégulation affective. À ce titre, nous verrons dans quelle mesure il peut être envisagée comme dispositif de coordination (Zarifian, 1996 ; 2005 ; Lépine, 2008) spontané en situation de travail.

L'agir affectif au travail

Nos observations mettent en évidence que malgré le contexte de dégradation de leurs conditions de travail et un sentiment partagé de perte de sens au travail, les soignants font malgré tout preuve de créativité au quotidien pour pallier les situations problématiques et assurer la continuité de l'activité. Nous avons pu observer que cette créativité s'inscrivait dans des processus de coopérations au niveau des situations de communication. Ces processus sont conditionnés par des processus d'intercompréhension à la fois verbaux et non-verbaux. Nos résultats mettent notamment en évidence deux éléments :

- les manifestations affectives jouent un rôle crucial dans la prise de décision et dans les processus de coopération et de coordination (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018) ;
- les relations affectives positives dans lesquelles les agents se manifestent de l'attachement favorisent la coopération, le passage à l'action et la régulation affective en groupe restreint (Landry, 2007).

Pour autant, l'absence de reconnaissance et de prise en compte des affects au niveau de l'organisation en fait une compétence invisible (Lépine, 2012) et un processus d'intercompréhension implicite (Zarifian, 1998 ; 2005).



Centre A, observation CDS, Annexe n°1, p 26

Contexte : nous sommes dans le bureau de la cadre que j'observe, en train d'échanger sur les difficultés que posent les plannings, quand une collègue cadre tape à la porte du bureau, les yeux rougis et le visage marqué par la détresse.

« ■■■ [la cadre du service d'à côté] nous interrompt : "**■■■, j'ai besoin d'aide, j'ai plus de place pour endiguer l'engorgement de l'HDJ et en réa ils n'ont plus de place non plus. Je sais vraiment plus quoi faire !**" **Elle a les larmes aux yeux et la voix coincée dans la gorge, elle a l'air vraiment mal.** ■■■ [la cadre que j'observe] se lève et la rassure. Elle décide de ne pas bloquer un lit pour ■■■ [le patient] descendu en réanimation suite au Sierra. "Il va y rester plusieurs jours a priori, donc ça ne sert à rien de bloquer un lit s'il y a de la demande". **Elle fait ça par affection et compassion pour sa collègue** : "Être en cadre en PP¹⁰, ça laisse des traces..." »

Cette situation illustre dans quelles mesures les manifestations affectives peuvent jouer un rôle dans la prise de décision et dans les processus de coopération. La demande d'aide verbale, les manifestations affectives physiques traduisant la détresse et la tristesse, ainsi que l'affection que porte la première cadre à la seconde, formalise cette situation comme processus de coopération pour régler la problématique initiale d'engorgement de l'hôpital de jour¹¹¹. Dans cette situation, la réaction de compassion de la première cadre est induite à la fois par l'affection qu'elle porte à la seconde (elles sont notoirement amies), mais également par l'expérience

¹¹⁰ Pédiatrie Polyvalente

¹¹¹ C'est-à-dire un manque de lit pour accueillir des patients entrants.

qu'elle-même a pu faire de l'encadrement en service de pédiatrie polyvalente. L'expression « [...] ça laisse des traces » est intéressante, car elle témoigne d'un corps marqué par les difficultés rencontrées. Elle aurait pu, par exemple, prendre une autre décision et privilégier le fait de garder un lit libre, en cas d'entrée imprévue. Cependant, ici, elle a conscience de la difficulté de l'exercice, se souvient de sa propre souffrance et transforme ce souvenir en compassion qui mène à un processus de coopération.

Nos résultats montrent que l'expression des émotions, dans un dialogue ouvert entre pairs, est la résolution la plus utilisée par les acteurs. Dans de nombreuses situations quotidiennes, problématiques à divers degrés, l'expression de l'émotion permet d'engager un processus de médiation par l'interaction entre collègues, d'échanger sur la meilleure attitude à adopter et d'engager une action en vertu de ce que le protagoniste de la situation estime être le plus important dans la situation (respecter le protocole, agir contre les règles pour le patient, etc.). Dans ces conditions, « l'agir affectif » constitue une ressource tacite et une compétence invisible pour la résolution de situation (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018). En effet, si les affects sont invisibles pour l'organisation, ils jouent en fait un rôle important dans les pratiques professionnelles, de prise de décision, de résolution de problèmes et de consolidation des collectifs de travail.

Le rôle de l'attachement et du sentiment de sororité/fraternité dans la résolution de situations problématiques

Nos résultats mettent également en évidence que les manifestations affectives positives dans lesquelles les agents manifestent de l'attachement (Martin-Juchat, 2008) à l'égard de leurs collègues favorisent la coopération, le passage à l'action et la régulation affective en groupe restreint (Landry, 2007). Dans cette perspective, ces manifestations affectives interviennent à deux niveaux : au niveau interpersonnel via des manifestations affectives de sympathie et d'empathie, et celui des communautés professionnelles via des actions, motivées par l'attachement à la communauté professionnelle des soignants, qui servent l'efficacité organisationnelle.

Premièrement, concernant le niveau interpersonnel, S. Landry, chercheuse québécoise en communication sociale et publique, a théorisé trois « zones dynamiques »¹¹² qui conditionnent les processus de communication des « groupes restreints »¹¹³. Une de ces zones principales est ce qu'elle appelle « l'affection ». Au sens de Landry, celle-ci s'entend comme (Landry, 2007 : 258) :

« [...] tout ce qui dans l'activité groupale, affecte les membres du groupe et le groupe lui-même : émotions personnelles ou groupales, relations communielles ou conflictuelles, cohésion groupale [fondées sur] d'une part, l'établissement d'un réseau de relations affectives à teneur positive entre les membres et, d'autre part, la poursuite de la cohésion groupale [...] et la mise en place des mécanismes assurant le métaregard et la métacommunication consciente, intimement associés à la vie affective du groupe. »

Ce terme correspond à notre conception de l'affectivité. Notre conception de « l'affection » comprend un sentiment d'attachement (Martin-Juchat, 2008) dans les relations affectives positives qui constituent les réseaux affectifs de l'activité groupale. Lorsque nous utilisons le terme affection, il convient donc de l'entendre au sens de relation affective positive induisant un sentiment d'attachement entre deux individus ou entre un individu et un groupe restreint.

Dans cette perspective, nos résultats montrent que les manifestations et les relations d'affection entre collègues favorisent la coopération, le passage à l'action et la régulation affective des collectifs (Landry, 2007). Par exemple, concernant la situation précédente, on peut faire l'hypothèse que, si la deuxième cadre ne s'était pas présentée en toute authenticité au

¹¹² S. Landry (2007) théorise la structuration des « groupes restreints » à partir de ce qu'elle appelle trois « zones dynamiques » (Landry, 2007 : 130) : le travail, l'affection (que nous appelons affectivité dans ce manuscrit) et le pouvoir. Il s'agit de trois domaines principaux, parallèles et sujets à convergences, à travers lesquels le groupe et les processus de communication attenants se structurent.

¹¹³ Le concept de « groupe restreint » est à l'origine tiré des travaux en psychologie sociale. S. Landry (2007) cite par exemple les travaux d'Anzieu et Martin (1994) mais également ceux de Mucchielli (1968). Il convient de distinguer le « groupe restreint » comme concept d'un « petit groupe ». Les caractéristiques essentielles du groupe restreint sont (Landry, 2007: 43): l'existence d'une visée commune, un petit nombre de membres, une durée de collaboration allant de plusieurs heures à plusieurs années, l'existence d'une frontière entre le groupe et son environnement, la coprésence et l'interaction entre les membres, leur interdépendance, une organisation, une division du travail, un réseau de relations affectives et un exercice du pouvoir structurés, l'émergence « d'une culture groupale » (différenciation des rôles liée au travail, aux liens affectifs et aux relations de pouvoir au sein du groupe ; émergence de normes relatives au travail, à l'affectivité et au pouvoir ; émergence de croyances, rites et langage symbolique propre au groupe) et des interactions soutenues, concrètes et symboliques entre le groupe et son environnement.

bureau de sa collègue – notamment en termes d’affects –, il est fort probable que, compte tenu du contexte tendu en termes d’accueil patient dans tous les services, la résolution de la situation ait été plus complexe et/ou ait demandé plus de négociation¹¹⁴.

Par ailleurs, nous avons déterminé précédemment que l’expression affective entre pairs était un moyen de résolution privilégié chez les acteurs. Nous avons également observé que les manifestations affectives, notamment de soutien, entre collègues, permettent de réguler la perception des contraintes liées à l’activité, en particulier lors d’un conflit avec une figure d’autorité.



Centre B, observation IBODE, Annexe n°1, p144

Contexte : je suis en observation au bloc de neurochirurgie. Une artère de la patiente s’est déchirée, elle perd beaucoup de sang et une des infirmières procède en urgence à une demande de réassort de matériel. Elle se fait invectiver par la chirurgienne qui lui reproche de mal prioriser ce qui est important dans la situation.

« ■ [la chirurgienne] énervée : “Vient aider plutôt que de faire ça ! Ta patiente perd un litre là !” L’IBODE lui répond, vexée et énervée : “Le problème c’est que si je ne le fais pas dans deux minutes on sera dans la même situation, c’est vous qui voyez ! C’est le chien qui se mord la queue !” La tension monte, l’infirmière ajoute : “J’en prends plein la gueule, j’adore.” Elle est très contrariée et ignore la chirurgienne, elle demande à sa collègue si elle a besoin de quelque chose, l’encourage et met en avant son professionnalisme. [...] **Lors de la relève les IBODE discutent furtivement du comportement de la chirurgienne. L’IBODE observée chuchote : « Ok on peut faire des erreurs, mais tu peux pas parler calmement ?! » Les autres acquiescent, compatissent et vont dans son sens. L’infirmière trouve une forme de validation auprès de ses collègues et se détend. »**

¹¹⁴ Il convient de noter que nous ne disposons pas d’élément de confirmation ou d’infirmerie de cette hypothèse précise, cependant nos résultats dessinent une tendance similaire.

Cette situation illustre dans quelle mesure les manifestations affectives de soutien jouent un rôle essentiel dans la régulation affective des individus appartenant à des groupes restreints (ici les infirmières de bloc opératoire). Dans cette situation, cette régulation affective se fait selon un triple mouvement : la manifestation du mécontentement en situation, l'emphase sur le soutien qu'elle porte à sa collègue et son professionnalisme, le compte rendu et l'échange entre collègues lors de la relève. Ce qui est intéressant dans ce troisième mouvement, c'est que l'infirmière rejoue la scène avec ses collègues, en utilisant une communication affective exempte de toute inhibition, présente à l'origine à cause du rapport hiérarchique entre elle et la chirurgienne. Dans cet exemple, l'affection et le soutien que lui portent ses collègues lui permettent de créer un espace de simulation dans lequel elle peut rejouer la scène affectivement difficile et la résoudre pour elle-même sans l'escalade que pourrait induire le rapport de pouvoir entre elle et sa supérieure. On peut en déduire que l'expression affective entre pairs facilite la résolution indirecte de conflits et permet de détourner les difficultés posées par les rapports hiérarchiques. Il s'agit d'une tactique relativement répandue : la plupart des équipes se retrouvent en dehors du travail pour, entre autres, extérioriser leurs affects négatifs vis-à-vis de l'organisation et créer ces liens affectifs. Dans ces conditions, on peut envisager les manifestations affectives d'attachement entre collègues comme dispositif de régulation, de coopération et de coordination (Zarifian, 1996 ; 2005) spontané. En effet, il convient de rappeler que l'organisation ne reconnaît pas l'agir affectif, en tant que tel, comme compétence pertinente pour l'exercice professionnel des soignants. Dans ces conditions, cette tactique, partagée par tous les groupes observés, s'inscrit comme une pratique de contournement spontanée de l'injonction à taire ses affects en situation de travail. Par la même, elle se constitue comme compétence invisible, c'est-à-dire non reconnue socialement, à part dans le cadre du groupe restreint, protégée par la frontière que le groupe entretient avec le reste de l'organisation.

Enfin, nos résultats mettent en évidence une tendance selon laquelle l'attachement des acteurs à la communauté professionnelle des soignants est un facteur de coopération et de mise en mouvement important. Les actions et les comportements relatifs à cette tendance sont en lien fort avec les ensembles de valeurs liés au service public et au soin qui permettent aux soignants de faire corps. Nous avons pu observer, par exemple, des aides-soignantes effectuer des tâches supplémentaires pour avancer ou soulager leurs collègues infirmières (Annexe n°1, p.42) ou des infirmières entre elles selon la même dynamique (Annexe n°1, p.44 ou 48). On peut y voir un double objectif : celui de manifester à ses collègues un attachement interpersonnel particulier et celui d'assurer la fluidité de la continuité de l'activité quoiqu'il arrive, même si cela doit se

faire au détriment de sa propre organisation. Cette tendance se manifeste affectivement, selon nous, sous la forme d'un sentiment de sororité/fraternité¹¹⁵ (Levinas, 1990 : 1995) envers des personnes qui partagent un but et un socle de valeurs communs. En l'occurrence, dans nos exemples ce but correspond à la prise en charge patient, le fonctionnement du service et les valeurs liées au soin et au service public telles que définies dans la première partie de ce manuscrit. La fraternité selon Levinas consiste à se soucier de l'autre comme étant plus important que le soi ou le même, malgré ses différences, car nous faisons partie du même tout. Ce sentiment de sororité/fraternité se manifeste par un esprit de solidarité, d'entraide et des relations plus ou moins familières entre soignants en vue d'assurer la continuité de l'activité et la réalisation de prises en charge de qualité (au sens de bonnes pratiques). Concernant les situations de travail des soignants, le sentiment de sororité/fraternité permet de faire tenir l'organisation là où les aléas quotidiens peuvent mettre en péril l'intégrité de celle-ci. Il convient de noter également que cette tendance peut également s'expliquer par la tradition de compagnonnage liée aux métiers du soin, en lien avec le concept de sororité/fraternité utilisé alors comme valeur.

Ces pratiques ne sont pas reconnues ou invisibles pour l'organisation. Or, il convient de souligner que tout ceci se fait au bénéfice final de l'efficacité organisationnelle. On peut supposer, à ce titre, que la direction est consciente du caractère normal de ces pratiques affectives *in situ* et que cela représente un intérêt pour l'organisation de les garder invisibles. Cela permettrait notamment de garder une forme de contrôle sur les manifestations affectives au sein du centre hospitalier, tout en maintenant des pratiques rentables en termes d'efficacité.

¹¹⁵ Pour comprendre le concept de fraternité chez E. Levinas (1990 ; 1995) il convient d'expliquer le lien entre fraternité et altérité dans sa pensée éthique. L'originalité des travaux de Levinas réside dans le fait qu'il récuse toute ontologie qui objectiverait autrui : cela signifie que l'autre ne peut être défini à partir du moi, car sinon il constitue n'est que différence. Levinas au contraire défend une éthique fondée sur le pluralisme. L'éthique pour celui-ci se définit comme un agir vers l'autre, pour l'autre et avec l'autre. Dans cette perspective, le pluralisme constitue une voie éthique fondamentale pour dépasser les différences entre chaque individu. Par ailleurs, il met en évidence qu'ontologiquement, le terme <frater> fait référence à l'ensemble des membres de l'espèce humaine. Ainsi, l'espèce humaine est considérée comme une famille « une » - au sens néo-platonicien. En ce sens, la fraternité selon l'éthique de Levinas consiste à se soucier des autres comme plus importants que le soi ou que le même, car si la fraternité ne s'exerce que dans le cadre du groupe restreint ou de la reconnaissance du même elle tient plus de la complicité que de la fraternité. Le frère est fondamentalement différent du même, c'est l'autre différent que l'on doit aller rencontrer et dont on doit dépasser les différences grâce au pluralisme pour faire un. La fraternité comprend une dimension résolument affective, un lien d'attachement profond qui permet de dépasser les différences et permet le souci de l'autre dans l'esprit de conservation du tout. Selon Levinas la fraternité permet de faire tenir le tout (ici la « famille » humaine) en cas de danger menaçant son intégrité.

L'objectif de cette section était de présenter les perspectives ouvertes par notre terrain sur les liens entre dynamiques de coopération (Zarifian, 1996 ; 2005 ; Lépine, 2018) et affectivité. Ces résultats s'appuient principalement sur la dimension des situations de communication.

Il s'est agi de montrer de quelle manière les ensembles de représentations et de valeurs sous-tendus par les discussions nécessaires aux processus de coopération se manifestent de façon verbale et non verbale, notamment à travers des manifestations affectives. Cette perspective autorise à envisager les manifestations affectives comme processus d'intercompréhension en situation (Zarifian, 1996 ; 2005). Nos résultats tendent à étayer cette perspective. En effet, ils mettent notamment en évidence que les manifestations affectives jouent un rôle crucial dans la prise de décision et dans les processus de coopération et de coordination (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018). Face à une situation problématique, notamment à forte teneur émotionnelle, c'est l'expression des émotions dans un dialogue ouvert entre pairs qui s'impose comme la résolution privilégiée par les acteurs. Cette forme de partage permet d'engager un processus de médiation par l'interaction entre collègues, d'échanger, éventuellement, sur la meilleure attitude à adopter et d'engager une action en vertu de ce qui apparaît comme le plus important dans la situation (respecter le protocole, agir contre les règles pour le patient, etc.). Il convient de noter, tout de même, que les soignants peuvent également faire face à des situations où les manifestations affectives peuvent être conflictuelles et/ou mal vécues, fermées au dialogue et quand même mener à une solution (Dujardin et Lépine, 2018 ; Martin-Juchat, Lépine et Aznar, 2018). Nos résultats montrent que « *l'agir affectif* » constitue une ressource pour les acteurs. Cependant, compte tenu de la place des émotions au travail à l'hôpital, il s'agit d'une ressource invisible et implicite (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018).

Par ailleurs, nos résultats montrent que les relations affectives positives entre agents, notamment celles où ils témoignent un attachement manifeste, favorisent la coopération, le passage à l'action et la régulation affective en groupe restreint (Landry, 2007). En effet, les exemples choisis dans cette section illustrent comment les manifestations affectives entre pairs, et notamment les manifestations de soutien, permettent de réguler la perception des contraintes liées à l'activité et des rapports de force en situation. Le rapport de force ne disparaît pas, cependant, il est atténué et/ou mieux supporté avec le soutien des pairs. Cette démarche peut, d'ailleurs, finalement, entretenir le rapport de force puisqu'il n'y a jamais confrontation.

L'affection et le soutien manifestés en situation permettent de créer des espaces de simulation bienveillants, dans lesquels les agents peuvent rejouer la scène affectivement difficile par le biais de récits affectivement connotés, sans l'inhibition du rapport de force. De cette façon, l'affect est exprimé et permet à l'agent de résoudre indirectement la situation, au moins pour lui-même sans prendre le risque d'une escalade émotionnelle que pourrait induire le rapport de force. Ainsi, l'expression affective entre pairs facilite la résolution indirecte de conflits et permet de détourner les difficultés posées par les rapports hiérarchiques. À ce titre elle ne permet pas de les résoudre réellement. Cela constitue une des limites de se focaliser sur les manifestations affectives. Pour autant, cette démonstration nous permet d'envisager l'affection entre collègues comme un dispositif de régulation, de coopération et de coordination (Zarifian, 1996 ; 2005) spontané. Du même coup, elle s'inscrit dans le quotidien des soignants comme compétence invisible : reconnue socialement, mais uniquement dans le cadre du groupe restreint, non reconnue et officiellement invisible pour le reste de l'organisation.

Synthèse des acquis

En conclusion de ce chapitre, on peut dire que les dispositifs de gestion et de contrôle adossés au NMP participent effectivement du contexte de tension à l'hôpital. C'est notamment parce qu'ils échouent à articuler médiation symbolique et manifestations affectives des soignants. Nos résultats montrent qu'ils génèrent trop d'affects négatifs par rapport aux ensembles de valeurs qui sous-tendent le métier de soignant.

La première section de ce chapitre concerne nos résultats sur le contexte affectif global de notre terrain. Les résultats mettent en évidence une majorité d'affects négatifs en situation, tous acteurs confondus. L'affect qui ressort particulièrement de ces situations, tous acteurs confondus et par corps de métier, est la colère. À travers l'analyse de la situation, nous avons tenté de déterminer ce qui, dans l'activité et les interactions, cristallisait la colère des acteurs. Il ressort de cette analyse que cette colère est cristallisée principalement par des dispositifs informationnel de gestion et de contrôle adossés au NMP, notamment parce que :

- leur élaboration n'inclut pas de concertation préalable avec les services concernés ;
- ils ne sont pas co-construits avec les parties prenantes du soin et ne sont donc, pour la plupart, pas adaptés à la réalité de l'activité et ne prennent pas en compte les conséquences des dispositifs sur le corps des soignants ;

- ils mettent en difficulté l'activité de soin, notamment par une trop grande standardisation, procédurisation et technicisation du travail de soin et par accentuation de la charge de travail.

Par ailleurs, nos résultats mettent en évidence que le modèle de gouvernance verticale de l'hôpital est considéré, par les soignants, comme une dénégalation des compétences d'agents. Les dispositifs, précédemment mentionnés, cristallisent également la colère des soignants par rapport à leurs objectifs. En effet, sous-tendus par des ensembles de valeurs liés à la modernité et au contexte socio-économique, les soignants les trouvent difficilement compatibles avec l'esprit du soin. L'ensemble des processus de communication est sous-tendu par des conflits de valeurs entre esprit du NMP et esprit traditionnel du service public. Ces conflits de valeurs ont pour conséquences un sentiment généralisé de manque de reconnaissance des compétences et des difficultés des soignants, notamment par la direction. Ils ont également pour conséquence un sentiment, également généralisé, de déconsidération tel que les soignants se sentent dépersonnalisés et sans valeur.

Au niveau des processus, nous avons pu relever l'existence de dispositifs de médiation dont l'objectif est de pallier ces sentiments induits par les dispositifs de gestion et de contrôle. Or, l'outil principal de ces dispositifs consistant à produire des discours d'embellissements sur le contexte du centre hospitalier et sur l'activité de soin, ils ne correspondent à rien de ce qu'attendent les soignants et provoquent donc encore plus d'affects négatifs et, paradoxalement, par rapport à l'objectif initial, alimente les conflits de valeurs.

La deuxième section de ce chapitre avait pour objectif d'explorer plus précisément la teneur de ces conflits de valeurs et de présenter nos résultats concernant l'articulation entre affectivité et valeurs en situation. Dans nos corpus d'observation et nos entretiens, les situations à forte teneur émotionnelle sont majoritairement négatives et ont pour origine des conflits de valeurs identifiables au niveau des situations et des processus de communication. Nos résultats montrent ainsi que les valeurs les plus défendues par les agents en situation – tous acteurs confondus, sont le Service, l'Engagement et la Qualité (au sens de bonne pratique). Par ailleurs, les valeurs les plus questionnées par les acteurs en situation sont les valeurs Économie, contestée par les soignants, Qualité (au sens de conformité à la norme comptable), valeur la plus controversée parmi ces derniers, et la Bienveillance (notamment de leur interlocuteur), attendue mais souvent absente aux yeux des acteurs.

Ces conflits de valeurs résultent d'une difficile mise en compatibilité de l'esprit du soin et de l'esprit du NMP, notamment concernant la question des moyens et de la qualité des soins. Nos résultats mettent en évidence un certain nombre de dynamiques qui tendent à confirmer nos sous-hypothèses selon lesquels :

1. Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail.
2. Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmente sa dimension communicationnelle.

Ces dynamiques sont les suivantes :

- Le discours sur le manque de moyens, attendant au contexte socio-économique, mais en lien avec les valeurs d'Économie et de Rentabilité, a pour conséquences concrètes des conditions de prise en charge ressenties par les soignants comme maltraitantes. Elles entraînent notamment un fort sentiment de perte de sens au travail qui induit des prises en charge où la communication peut être réduite au strict minimum et où le patient n'est plus qu'un corps à prendre en charge, par manque de moyen et par manque de temps.
- Les dispositifs de gestion et de contrôle conditionnent les ressources allouées aux services pour fonctionner. Or, nos résultats montrent que la réalité de l'activité ne permet pas toujours de tracer celle-ci exhaustivement ou au bon moment. Cela induit que la quantification de l'activité n'est qu'une représentation partielle, laissant notamment de côté tout le travail affectif, communicationnel et créatif, aujourd'hui invisible, qu'induit la prise en charge patient. Cela entraîne souvent des difficultés d'organisation par manque de ressources et des situations où les soignants se retrouvent très régulièrement en position de bricoler pour assurer la continuité de leur activité.
- Quotidiennement, les soignants doivent faire preuve de créativité pour pallier les difficultés causées par les dispositifs adossés au NMP. Cet effort de créativité constitue une part invisible de l'activité de soin. Or, cela induit de sortir des normes et donc une prise de risque individuelle. Nous avons pu observer que, tant que le détournement ou le contournement du dispositif servait l'organisation, il était toléré. Cependant, en cas

d'échec, c'est la responsabilité individuelle du soignant ou de l'encadrant qui est engagée. En résulte que les soignants se trouvent en situation de conflit de loyauté – entre respect des normes et respect de leurs valeurs – dont un des enjeux peut être leur sécurité individuelle.

- Ces dispositifs n'altèrent pas que la communication en situation, mais également les processus de communication. Nous avons pu observer que les difficultés causées par les dispositifs et la dégradation progressive des conditions de travail des soignants cristallisent des conflits de valeurs qui détériorent fortement la communication interpersonnelle et interprofessionnelle au sein des services et avec les différentes hiérarchies.
- La qualité de la communication entre agents et hiérarchie ne permet pas de compenser la dégradation des conditions de travail des agents. Ceux-ci, au contraire, souffrent d'un manque de reconnaissance et ont le sentiment d'être dépersonnalisés, d'être « *quantité négligeable* » (Annexe n°1, p. 159) et interchangeable aux yeux de leur hiérarchie. Cela favorise notamment le désengagement dans l'activité.
- La plupart témoignent être habitués à « bricoler » pour assurer la continuité des soins. Cependant la charge de travail supplémentaire visible et invisible induite et la récurrence de ces situations sont un facteur d'épuisement professionnel.
- Il existe des dispositifs de médiation symbolique positive mis en place par l'organisation, pour pallier le sentiment de manque de reconnaissance et les difficultés liées au manque de moyens. Cependant, l'outil principal consistant à produire des discours d'embellissement sans réelle prise en compte des problématiques des soignants. Ceux-ci provoquent, de nouveau, des affects négatifs, cristallisent d'autant plus de tensions et, selon les situations, peuvent entraîner des tensions inattendues au niveau des services et déstabiliser l'organisation des situations de travail. En termes de politiques de communication, nos résultats montrent, par ailleurs, que la mise en place de dispositifs de communication internes et externes destinés à faire la promotion des activités et à favoriser l'attractivité du centre hospitalier représente, pour les soignants, des investissements inappropriés.

- En dernier recours d'appréhension des situations, la récurrence et l'absence de solution trouvée aux conflits de valeurs entre les acteurs provoquent la mise en question de la bienveillance individuelle des parties prenantes du conflit. Ces situations s'inscrivent dans un processus de communication et une communication interpersonnelle fortement dégradés. Pour autant, la récurrence de témoignages, tous acteurs confondus, sur les effets d'injonction et de normalisation dus à la rationalisation, tend à démontrer que les exigences de rationalisation sont plus liées au modèle de gestion global qu'aux intentions des directions prises individuellement, et que le problème est systémique.

Que peut-on en conclure de la place des émotions au travail à l'hôpital ?

Nos résultats montrent qu'elles disposent d'une place ambivalente : entre compétence communicationnelle attendue par l'organisation et mouvement corporel intime qui n'a pas sa place au sein de l'organisation. Nos résultats montrent qu'elles ne sont pas reconnues en tant que telles dans l'organisation que ce soit par la hiérarchie ou par les agents eux-mêmes. En effet, l'analyse des politiques de communication ne relève aucune mention de prise en compte, ou non, des affects au travail. La question n'est pas abordée, car les affects, comme problématique individuelle et intime, n'ont pas leur place au sein de l'organisation. L'expression des affects, en particulier ceux manifestant une forme de vulnérabilité, engendre, chez les agents, la peur du jugement et la peur d'être sanctionnés et/ou mis à l'écart. Les agents cachent ainsi, aussi souvent que possible, leur souffrance. Il existe peu d'espaces formels au sein de l'organisation pour exprimer cette souffrance et les soignants ne s'en saisissent pas, car ils n'ont pas confiance en la médecine préventive, envisagée comme une extension de la direction.

Le fait que les soignants soient enjoins à incarner un rôle au comportement affectif normé indique que **l'affectivité est reconnue au sein de l'organisation comme compétence (Wittorski, 1998 ; Lépine, 2013) nécessaire au soin, mais pas ses conséquences sur le corps des soignants.** Ce travail affectif reste donc invisible et cette dénégation du corps des soignants, ajoutée à un manque de reconnaissance globale de leurs compétences et de leur valeur, participe du sentiment de perte de sens au travail et de maltraitance institutionnelle. **Cependant, il convient de noter que, malgré le contexte d'invisibilisation des affects, ce sont bien les manifestations affectives des soignants qui permettent aux valeurs de s'exprimer et**

d'engager des processus de négociations avec les directions. Les dispositifs dont la fonction est de médier symboliquement les valeurs des soignants afin de réguler leurs manifestations affectives (Gramaccia, 2011), échouent.

Pour finir, l'objectif de la troisième section était de présenter les perspectives ouvertes par notre terrain sur les liens entre dynamiques de coopération (Zarifian, 1996 ; 2005 ; Lépine, 2018) et affectivité. Il s'agissait de montrer de quelle manière les ensembles de représentation et de valeurs sous-tendus par les discussions nécessaires aux processus de coopération se manifestent de façon verbale et non verbale, notamment à travers des manifestations affectives. **Nos résultats tendent à étayer la perspective selon laquelle les manifestations affectives peuvent être envisagées comme participant aux processus d'intercompréhension en situation de travail (Zarifian, 1996 ; 2005).** En effet, nous avons établi que les manifestations affectives jouent un rôle important dans la prise de décision et dans les processus de coopération et de coordination (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018). Le mode de résolution privilégié de situations à forte teneur émotionnelle, est l'expression des émotions dans un dialogue ouvert entre pairs. Cette expression permet d'engager un processus de médiation par l'interaction et de résoudre directement ou indirectement la situation. **Dans cette perspective, « l'agir affectif » constitue une ressource pour les acteurs. Cependant, compte tenu de la place des émotions au travail à l'hôpital, elle reste une ressource invisible (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018).**

Nos résultats montrent, enfin, que les relations affectives positives entre agents facilitent la coopération, le passage à l'action et la régulation affective en groupe restreint (Landry, 2007). **En effet, les manifestations d'attachement, et notamment de soutien, permettent de réguler la perception des contraintes liées à l'activité et de réguler l'intensité émotionnelle liée aux rapports de force en situation.** C'est notamment parce qu'elles permettent, par le récit, de recréer une simulation de la situation problématique dans un espace bienveillant. De cette façon, l'affect est exprimé sans inhibition liée au rapport de force et permet à l'agent de résoudre indirectement la situation. On peut en déduire que l'expression affective entre pairs facilite la résolution indirecte de conflits. **Dans cette perspective, on peut envisager les manifestations affectives entre collègues comme un dispositif de régulation, de coopération et de coordination (Zarifian, 1996 ; 2005) spontané.**

Synthèse Partie 3 : Manifestations affectives et reconstruction de la médiation symbolique

En conclusion de cette troisième partie, il convient de faire une synthèse des résultats principaux de cette étude, répondant à nos hypothèses de travail. Nous avons vu précédemment que les transformations attenantes à la diffusion du NMP, comme modèle de gestion, sont d'ordre pratique et symbolique. En effet, les modèles d'organisation sont sous-tendus par des représentations et des valeurs propres aux objectifs portés par ceux-ci. Ces représentations et ces valeurs sont déployées au moyen de dispositifs, notamment info-communicationnels. Le NMP répond à l'origine à des objectifs de modernisation et de rationalisation. Les dispositifs sont donc porteurs de rationalités qui assurent le développement des objectifs sur le terrain. Afin de rendre possibles ce déploiement et la transformation de l'organisation, ces dispositifs sont également porteurs d'une fonction de médiation symbolique. Cela signifie qu'ils ont pour fonction de justifier et de rendre le nouveau modèle acceptable auprès des agents en transformant de l'univers symbolique de l'organisation. Dans le cas qui nous occupe, il s'agit donc de faire la transition entre l'esprit traditionnel du service public et l'esprit de modernisation et de rationalisation porté par le NMP. Or, nous avons établi dans les parties précédentes que ces processus peuvent avoir des conséquences sur les soignants, leurs conditions de travail et provoquer des conséquences inattendues et délétères en situation de travail.

Nos résultats montrent que pour la grande majorité, ces manifestations affectives sont négatives et tournées contre l'organisation et sa ligne managériale¹¹⁶. Nous appréhendons ces manifestations affectives comme une forme de résistance visible contre la transformation de l'organisation et révèle, selon nous, les limites de la médiation symbolique traditionnellement conférée aux dispositifs info-communicationnels. **À ce titre, nous avons fait l'hypothèse que les manifestations affectives au travail peuvent être appréhendées comme indices des limites de la médiation symbolique des dispositifs.** À partir de cette hypothèse principale, nous avons décliné deux sous-hypothèses :

¹¹⁶ À ce titre, il convient de noter que la prise en compte des manifestations affectives est tout aussi importante pour les organisations qui se portent bien et où le contexte affectif négatif pourrait être moins saillant qu'en milieu hospitalier.

- **Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail.**
- **Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmente (Floris, 1996 ; Lépine, 2012) sa dimension communicationnelle.**

Le **premier chapitre** de cette partie est dédié aux résultats concernant les dispositifs info-communicationnels *in situ* comme médiateurs du NMP. Il s'est donc agi d'identifier (Lascoumes, Le Gales, 2002 ; Bèzes, 2008 ; Mayère, Grosjean, Bonneville, 2009 ; Gardère, 2012 ; Mayère, 2013) et d'envisager ces dispositifs dans leurs manifestations *in situ* et leur articulation à trois niveaux : les situations, les processus et les discours (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2008). Ce processus d'identification nous a permis de mettre en évidence trois types de rationalités principales manifestées sur le terrain : des dispositifs d'optimisation (Boltanski et Chiapello, 1999), des dispositifs de gestion (Moison, 1997) et de contrôle (Foucault, 1975). Ainsi que trois types de manifestations qui cristallisent le plus de tension en situation : la quantification de l'activité, l'informatisation des tâches, le contrôle qualité. Ces trois manifestations procèdent d'une transformation du modèle de fonctionnement des services de soin en vue d'augmenter leur productivité. Nos résultats mettent en évidence que, du même coup, ils transforment les conditions d'exercice et l'investissement affectif dans le travail.

La quantification de l'activité apparaît principalement à travers des dispositifs de gestion comme envisager la prise en charge patient en termes de productivité et avec des objectifs à remplir, des plans d'action incluant une planification, la production d'indicateurs au moyen d'outils de gestion et leur contrôle par la hiérarchie ou un service dédié. L'objectif principal étant de contrôler la conformité des performances des services aux attendus de l'organisation en termes d'efficacité, de rentabilité et de qualité. Nos résultats mettent en évidence que ces dispositifs sont sources de tension pour les agents, dans la mesure où ils induisent, non seulement, une charge de travail supplémentaire, mais également des dynamiques communicationnelles particulières (cloisonnement interprofessionnel, éviction) et de difficultés significatives d'investissement affectif et de subjectivation du travail (rupture de communication, découragement, souffrance) facilitant une dynamique de fragmentation de la communication au sein des services (Floris, 1996 ; Lépine, 2012).

L'informatisation des tâches apparaît, elle, principalement à travers des dispositifs de gestion comprenant la structuration de l'activité de soin par des injonctions gestionnaires au moyen d'outils de gestion et de systèmes d'information intégrés à l'activité et une utilisation croissante des TIC dans l'activité. Nos résultats mettent en évidence que, du point de vue des soignants, ces dispositifs représentent une charge de travail supplémentaire (travail d'écriture supplémentaire, lecture difficile, difficultés de connexion, puis d'accès aux informations, etc.) et mettent en difficulté les processus de communication autour de la prise en charge patient. Si l'objectif de départ est, pourtant, de faciliter ces processus, nos résultats montrent qu'en fait ces dispositifs fragmentent la communication au sein des services. Ils transforment notamment les processus de communications invisibles (en particulier affectifs), pourtant nécessaires à la prise en charge (Mayère, 2014), entre soignant et patients. Les soignants ont alors le sentiment de ne pas pouvoir s'investir comme ils le souhaiteraient auprès des patients, et se trouvent de plus en plus souvent en situation de gérer des irritants récurrents liés aux outils et de plus en plus isolés dans leur pratique quotidienne à cause de la charge de travail supplémentaire que cela représente pour tout le monde.

Enfin, le contrôle qualité concentre des dispositifs à la fois de contrôle et de gestion, tels que : la certification des hôpitaux, la procédurisation du soin, la mise sous condition des ressources financières des services ou la standardisation des pratiques de soin et des protocoles de prise en charge, etc. Nos résultats mettent en avant que ces dispositifs peuvent interférer et mettre en difficulté les pratiques du soin et les protocoles de prise en charge. Les exigences de procédurisation, de technicisation et de standardisation comprises dans le contrôle qualité représentent pour les soignants une charge de travail supplémentaire, mais a également tendance à rendre invisible toute une partie du travail de soin, notamment communicationnelle et affective. Par ailleurs, les difficultés posées par les dispositifs mettent les agents en situation d'effort de créativité (Ménissier, Martin-Juchat, Lépine, 2017) constant afin d'assurer la continuité de l'activité. Ces dispositifs sont source de tensions vives, notamment de conflits de valeurs concernant la définition de la qualité des soins et les modèles de gestion de l'activité de soin, pouvant aller jusqu'à une rupture des liens de communication avec refus de coopérer. Tirailés entre le désir de respecter leurs valeurs et de respecter les normes, les soignants se trouvent alors coincés dans des conflits de loyauté (Lépine, 2012) qui complexifient l'exercice de leur métier.

L'étude de ces différents dispositifs tend donc à confirmer que mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmentée (Floris, 1996 ; Lépine, 2012) sa dimension communicationnelle et que transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également les dynamiques communicationnelles, l'investissement affectif et la subjectivation du travail. La **conclusion principale** que l'on a pu tirer de ce travail est que : **disposer d'une fonction de médiation symbolique ne fait pas automatiquement d'un dispositif, un médiateur.** Dans cette perspective, la définition du dispositif comme « agissant sur » ou « faisant agir » du fait de sa fonction de médiation symbolique est à nuancer. Selon la définition de Foucault (1975) un dispositif **a pour but de** définir et de formaliser les comportements et les actions en vue d'un objectif donné. **Cependant, cette intentionnalité ne présume rien de son succès ou non en situation.** Nous avons constaté notamment que la plupart des dispositifs de gestion et de contrôle se heurtent ainsi aux manifestations affectives et sens du métier des soignants, nourri par les ensembles de valeurs liés au soin. Nous nous sommes donc interrogée sur la teneur des conflits de valeurs, leur lien avec les affects en situation et sur les conditions de faillite de la médiation symbolique des dispositifs.

Le **deuxième chapitre** de cette partie recense et discute les résultats obtenus concernant l'articulation entre valeurs et affects en situation de travail. À partir de l'analyse de nos observations et des récits affectifs des soignants, nous avons procédé à une cartographie affective globale de notre terrain et étudié les liens entre affects, dispositifs et valeurs en situation. Nous avons mis en évidence que les dispositifs de gestion et de contrôle adossés au NMP participent effectivement du contexte de tension à l'hôpital, en particulier parce qu'ils échouent à articuler médiation symbolique et manifestations affectives des soignants. Nos résultats montrent notamment qu'ils génèrent trop d'affects négatifs en lien avec les ensembles de valeurs liés aux métiers de soignants et que pour cette raison, ils échouent à médier symboliquement la transition de l'esprit du traditionnel du service public vers l'esprit du NMP.

Tous acteurs confondus et par corps de métiers, nos résultats montrent que la majorité des affects ressentis en situation de travail sont des affects négatifs, et en particulier de la colère. Cette colère est principalement cristallisée par les dispositifs info-communicationnels mis en évidence dans le premier chapitre. Nous avons mis en évidence qu'ils complexifient l'activité et mettent en difficulté l'exercice du soin, mais ce ne sont pas les seules raisons pour lesquelles ils cristallisent un sentiment de colère généralisé. Les soignants reprochent que :

- leur élaboration n'inclut pas de concertation préalable avec les services concernés ;
- qu'ils ne soient pas co-construits avec les parties prenantes du soin et ne soient donc pas adaptés à la réalité de l'activité ;
- qu'ils mettent en difficulté l'activité de soin, notamment par une trop grande standardisation, procédurisation et technicisation du travail de soin et par accentuation de la charge de travail ;
- leurs objectifs soient difficilement conciliables avec les valeurs du métier de soignant.

Cette dernière raison met l'accent sur le fait que les ensembles de valeurs sous-tendus par le modèle de gestion sont à l'origine de conflits de valeurs qui transforment et altèrent les situations et les processus de communication. Après analyse, nous avons constaté que les situations à forte teneur émotionnelle, présentes dans nos corpus d'observation et d'entretiens, ont pour origine des conflits de valeurs (Lépine, 2012 ; Viard, 2014) identifiables au niveau des situations et des processus de communication. Nous avons donc cherché à étudier la teneur de ces conflits de valeurs (Schwartz, 1999 ; Moscovici, 1989 ; 2001 ; Viard, 2014) et leurs liens avec les affects en situation.

Nos résultats indiquent ainsi que les valeurs les plus défendues par les agents en situation sont : le Service, l'Engagement et la Qualité (au sens de bonne pratique). Par ailleurs, les valeurs les plus remises en question par les acteurs en situation sont les valeurs Économie, Qualité (au sens de conformité à la norme comptable) et la Bienveillance (notamment de leur interlocuteur). Ces conflits de valeurs procèdent d'une difficile mise en compatibilité (Mayère, 2014) de l'esprit du soin et de l'esprit du NMP, notamment concernant la question des moyens et de la qualité des soins. Nos résultats révèlent un certain nombre de dynamiques qui tendent à confirmer nos sous-hypothèses selon lesquels :

1. Transformer un modèle de fonctionnement en vue d'en augmenter la productivité ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail.
2. Mettre en place des dispositifs info-communicationnels pour rationaliser une activité fragmentée (Floris, 1996 ; Lépine, 2012) sa dimension communicationnelle.

Premièrement, nos résultats montrent que les discours de l'organisation sur les économies à réaliser, la rentabilité, et le manque de moyen attendant induisent des conditions de prise en charge ressenties comme maltraitantes par les soignants. Le manque de moyens, de

temps, la surcharge de travail et/ou les cadences de prises en charge ne permettent plus à certains soignants d'envisager le soin comme une situation de communication à part entière avec le patient, la communication interpersonnelle est réduite au minimum transformant le patient en corps à prendre en charge le plus vite et le plus efficacement possible. Les dispositifs de contrôles et de gestions adossés aux injonctions de rationalisation et de rentabilité de l'activité s'appuient sur des représentations partielles de l'activité et rendent invisible tout le travail affectif, communicationnel et créatif (Ménissier, Martin-Juchat, Lépine, 2017) qu'induit la prise en charge patient. Nos résultats montrent également que dans certaines situations, la pression au rendement est telle sur l'activité qu'elle tend à faire disparaître cette dimension communicationnelle et affective, donnant le sentiment aux soignants d'être maltraitants. Ces conflits de valeurs ont notamment pour conséquences : un sentiment généralisé de manque de reconnaissance des compétences et des difficultés des soignants, ainsi qu'un sentiment, également généralisé, de déconsidération tel qu'ils se sentent dépersonnalisés et sans valeur.

Dans le même temps, ces dispositifs n'altèrent pas que la communication en situation, mais également les processus de communication au niveau de l'organisation. Nous avons pu observer que les difficultés causées par les dispositifs et la dégradation progressive des conditions de travail des soignants cristallisent des conflits de valeurs qui détériorent fortement la communication interpersonnelle et interprofessionnelle au sein des services et avec les différents niveaux hiérarchiques qui structurent les centres hospitaliers. Dans ces conditions, ces dispositifs peuvent être à l'origine de processus de coordination et de coopération entravés entre la direction et les soignants. Nous avons remarqué que la communication entre les soignants et leur hiérarchie ne suffit pas, ou plus, pour compenser la dégradation des situations de travail. Nos résultats montrent que c'est en partie parce que chacun est enjoint à incarner un rôle (« soignants », « manager », etc.) empreint de normalisation affective et comportementale liée, de plus en plus, aux ensembles de représentations de la rationalisation et de la modernisation. Or, les récits des soignants témoignent à ce sujet du fait que l'esprit de rentabilité, de polyvalence et l'injonction à la polycompétence des soignants accentuent le sentiment de manquer de reconnaissance et de dépersonnalisation. Ils ont la sensation d'être « *quantité négligeable* » (Annexe n°1, p. 159) et interchangeable aux yeux de leur hiérarchie, ce qui favorise la perte de sens au travail et le désengagement dans l'activité.

Nous avons eu malgré tout l'occasion d'observer des dispositifs de médiation symbolique positive, dont l'objectif était précisément de manifester cette reconnaissance envers

les difficultés et les compétences des soignants. Cependant, nos résultats montrent que l'outil principal choisi par l'institution pour manifester cette reconnaissance consiste à produire des discours d'embellissement (Cabedoche, 2014) sur le contexte de travail global et sur l'attractivité des centres hospitaliers. Ces dispositifs ne répondent pas aux attentes des soignants et cristallisent de fait, encore plus de tensions paradoxalement à leur objectif initial de cohésion et de motivation. Par ailleurs, en termes de politiques de communication, nos résultats montrent, par ailleurs, que la mise en place de dispositifs de communication interne et externes destinés à faire la promotion des activités et à favoriser l'attractivité du centre hospitalier représente, pour les soignants, des investissements inappropriés.

Nos résultats montrent également quelques perspectives positives intéressantes, notamment au niveau des situations de communication. En effet, nous avons établi que les affects jouent un rôle important à l'hôpital dans les dynamiques de coopérations en groupe restreint (Zarifian, 1996 ; 2005 ; Landry, 2007 ; Lépine, 2018). Entendues *comme « mécanismes d'intercompréhension »*, les manifestations affectives influencent, notamment, de manière caractéristique les mécanismes de prises de décision et les processus de coopération et de coordination et se formalisent en situation sous forme *« d'agir affectif »* (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018). Sur notre terrain, le mode de résolution privilégié de situations à forte teneur émotionnelle est l'expression des émotions dans un dialogue ouvert entre pairs. Le partage de l'émotion avec des proches permet d'engager un processus de médiation par l'interaction et de résoudre directement ou indirectement la situation en fonction de ce qui apparaît collectivement le plus pertinent. Dans cette perspective, *« l'agir affectif »* constitue une ressource pour les acteurs. Cependant, compte tenu de la place des émotions au travail à l'hôpital, elle reste une ressource invisible (Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018).

Dans la lignée des résultats précédents, nous avons montré que les relations affectives positives entre agents facilitent la coopération, le passage à l'action et la régulation affective en groupe restreint (Landry, 2007). En effet, les manifestations d'attachement, et notamment de soutien, entre collègues, permettent de réguler la perception des contraintes liées à l'activité et de réguler l'intensité émotionnelle liée aux situations de rapports de force. Ces manifestations permettent de créer des espaces affectivement sécurisés, dans lesquels, en cas de problèmes, les agents sont libres de recréer, par le récit et l'échange, une simulation de la situation problématique dans un espace bienveillant, sans risque d'escalade. De cette façon, l'affect est exprimé sans risque et permet à l'agent de résoudre indirectement la situation. On peut en

déduire que l'expression affective entre pairs facilite la résolution indirecte de conflits et, dans cette perspective, on peut envisager les manifestations affectives entre collègues comme un dispositif de régulation, de coopération et de coordination (Zarifian, 1996 ; 2005) spontané. Par ailleurs, l'attachement des soignants à leur communauté professionnelle est également un facteur de mise en mouvement et de coopération important. Nous avons pu observer sur le terrain des situations au cours desquelles le sentiment de sororité/fraternité (Levinas, 1990 ; 1995) entre les soignants joue un rôle essentiel dans le maintien de l'efficience organisationnelle.

Pour finir, la conclusion principale que l'on a pu tirer de ce travail est qu'effectivement, les dispositifs de gestion et de contrôle adossés au NMP participent du contexte de tension à l'hôpital. **Nos observations montrent notamment que ces dispositifs échouent à particulier médiation symbolique et manifestations affectives des soignants, car ils génèrent trop d'affects négatifs par rapport aux ensembles de valeurs qui sous-tendent le métier de soignant.** Cependant, il convient de noter que, malgré le contexte d'invisibilisation des affects, **ce sont bien les manifestations affectives des soignants qui permettent aux valeurs de s'exprimer et d'engager des processus de médiation (humaine ou technique) avec leur interlocuteur humain ou non humain.** Dans ces conditions, notre hypothèse principale selon laquelle les manifestations affectives au travail peuvent être appréhendées comme indices des limites de la médiation symbolique des dispositifs, semble se confirmer.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale : apports et limites de cette recherche

Pour conclure ce manuscrit, nous souhaitons revenir sur les résultats de cette recherche. Notre problématique de recherche questionne les limites de la fonction de médiation symbolique traditionnellement conférée aux dispositifs info-communicationnels. Notre étude concerne les centres hospitaliers dans le contexte du déploiement du Nouveau Management Public (NMP) comme modèle de gestion et de rationalisation des services publics. Nous sommes partie de l'hypothèse principale selon laquelle les manifestations affectives au travail peuvent être envisagées comme indices des limites de la médiation symboliques des dispositifs. Nos résultats mettent en évidence que la transformation récente des modèles de fonctionnement des professions de soin, en vue d'augmenter leur productivité, ne transforme pas que les procédures, mais également l'investissement affectif et la subjectivation du travail des soignants. Cela provoque, notamment, un sentiment généralisé de colère et de perte de sens quant à leur activité. Dans le cadre du déploiement du NMP, les services publics ont fait face à la multiplication de dispositifs info-communicationnels, sous-tendus par des rationalités liées à l'optimisation, la gestion et le contrôle.

Ces rationalités répondent aux objectifs du NMP, à savoir : la rationalisation et la modernisation du service public français. L'intention première est de simplifier l'exercice du soin, d'homogénéiser les pratiques selon des standards qualité, tout en respectant les exigences économiques liées au service public. Or, nos résultats mettent en évidence que ces dispositifs induisent, en fait, une charge de travail supplémentaire et que leur intention de rationalisation, au lieu de la simplifier, fragmente la dimension communicationnelle de l'activité de soin. Nos résultats montrent que, dans ces conditions, les dispositifs info-communicationnels échouent dans leur fonction de médiation symbolique, car ils provoquent trop d'affects négatifs. Ils sont, notamment, à l'origine de situation à forte teneur émotionnelle et de conflits de valeurs qui mettent les soignants en défaut de loyauté, soit envers les patients, soit envers l'organisation.

Ces tensions se retrouvent au niveau des situations, des processus et des politiques de communication. Elles ont des conséquences délétères sur la santé physique, morale et mentale des soignants. Concernant les dispositifs, celles-ci provoquent des manifestations affectives fortes qui ne permettent pas au dispositif d'assurer le passage d'un ensemble de valeur lié au service public, à un ensemble de valeur lié à la modernisation. Ils échouent, ainsi, dans leur fonction de médiation symbolique.

À ce titre, prendre en compte et observer les manifestations affectives en organisation permet de mettre en évidence les limites de la médiation symbolique des dispositifs informationnels. Dans cette perspective, l'objectif de cette conclusion générale est de poser un regard réflexif sur notre démarche de recherche. Il s'agit de souligner, ainsi, les différents enjeux des choix théoriques et méthodologiques opérés et de mettre en évidence les apports et les limites de cette recherche. Nous procéderons, également, pour finir, à une ouverture sur les perspectives scientifiques qu'offre une approche communicationnelle des organisations par les communications affectives en termes de compétences communicationnelles (Lépine, 2018) et d'éducation somatique (Martin-Juchat, 2021).

Construire un cadre théorique permettant de conceptualiser les manifestations affectives comme objet de recherche en communications organisationnelles

L'originalité de ce travail réside avant tout dans le choix de sa perspective. Le champ des communications organisationnelles regroupe un ensemble d'études, de cadres conceptuels et méthodologiques variés pour appréhender les phénomènes communicationnels qui traversent et/ou structurent les organisations (D'Almeida et Andonova, 2014 ; Martin-Juchat, 2012). Dans cet ensemble, les approches des organisations par les communications affectives sont peu nombreuses et relativement récentes (Martin-Juchat, 2008a ; 2014 ; 2018 ; Staii et Martin-Juchat, 2016 ; Dumas, 2016 ; Martin-Juchat et Dumas, 2016 ; Martin-Juchat et Lépine, 2018 ; Martin-Juchat, Lépine, Aznar, 2018). Pour autant, les études actuelles s'inscrivent dans un contexte sociétal où l'industrialisation des affects prend de plus en plus de place dans les stratégies de normalisations individuelles (Illouz, 2006) et collectives (Martin-Juchat, 2014 ; Staii et Martin-Juchat, 2016). Par ailleurs, le contexte des manifestations affectives dans le cadre du travail ajoute à la rareté des approches. Paradoxalement, les affects sont de plus en plus instrumentalisés dans les stratégies de normalisations commerciales et sociétales, les

émotions au travail restent un tabou très contraint dans nos sociétés. À ce titre, nous avons la conviction que les manifestations affectives représentent un enjeu incontournable dans la production d'études scientifiques critiques, notamment, sur les dynamiques de rationalisation liées à la radicalisation de la modernité (Staii et Martin-Juchat, 2016).

Ainsi, l'enjeu théorique principal de ce manuscrit a été de démontrer dans quelles mesures les manifestations affectives peuvent être des objets de recherche communicationnels et des objets d'études organisationnels légitimes. Pour ce faire, il nous a fallu élaborer un cadre théorique permettant d'envisager les manifestations affectives comme concept relevant des Sciences de l'Information et de la Communication. Grâce aux travaux de F. Martin-Juchat (2008a ; 2014) et d'A. Dumas (2016), nous nous sommes appuyée sur les cadres théoriques de l'anthropologie par la communication affective (Martin-Juchat, 2008a) et des Approches Communicationnelles des Organisations (ACO) (Bouillon, Bourdin, Loneux, 2007).

Les travaux en anthropologie par la communication affective, initiés par F. Martin-Juchat (2008 ; 2014) mettent en évidence la dimension communicationnelle des affects. Dans l'ensemble de ses travaux, F. Martin-Juchat montre comment les émotions sont centrales dans les dynamiques de communication, qu'elles soient interpersonnelles, médiées ou médiatisées. À partir de travaux en anthropologie du corps et en anthropologie de la communication, la chercheuse démontre comment la communication véhicule des affects et comment les affects permettent de communiquer. Elle met également en évidence la perspective moderne sur l'affectivité qui consiste à envisager les affects comme une problématique individuelle et intime. Or, d'une part, la dimension sociale de la construction affective des individus et des collectifs, et d'autre part, l'instrumentalisation des affects dans une perspective marchande et/ou normative, indique, au contraire, que les affects sont des objets irrémédiablement sociaux. Elle montre également qu'aujourd'hui les affects sont un enjeu majeur des stratégies d'industrialisation et de normalisation. Dans le prolongement de F. Martin-Juchat, A. Dumas (2016) montre dans quelles mesures la communication organisationnelle peut être envisagée comme communication affective, et dans quelles mesures les stratégies de normalisation des organisations passent par la prescription des affects. À partir de ces travaux, il s'est agi pour nous de s'intéresser aux communications affectives au sein des centres hospitaliers.

Pour ce faire, nous avons choisi de procéder à une approche communicationnelle des dispositifs adossés au Nouveau Management Public, modèle de gestion des services publics.

La particularité des ACO consiste à appréhender les phénomènes communicationnels qui traversent les organisations selon trois niveaux : les situations, les processus et les politiques de communication. Il convient, également, de porter une attention particulière à l'articulation de ces trois niveaux. Les centres hospitaliers s'inscrivent, depuis une quarantaine d'années, dans une dynamique de transformation en lien avec le contexte socioéconomique dans lequel s'inscrit le service public français. Une des modalités privilégiées dans le cadre du NMP a été de multiplier les dispositifs info-communicationnels au sein de l'activité pour favoriser la réalisation d'objectifs en lien avec la rationalisation et la modernisation du système de soin. Ces dispositifs sont à la fois organisés et organisants de sorte à répondre à ses objectifs. Notre travail a consisté à appréhender l'influence de ces dispositifs au niveau des situations, des processus et des discours attenants à la transformation des organisations de santé. Cette perspective induit notamment que les dispositifs disposent d'une force agissante sur l'organisation. Notre travail tend à montrer dans quelles mesures les dispositifs peuvent être considérés comme les « opérateurs » d'un modèle de gestion comme le NMP. Le terme d'opérateur postule une agentivité des dispositifs et nos résultats montrent que cette agentivité est présente à la fois au niveau des situations, des processus et des discours institutionnels.

Dans cette perspective, il s'est agi pour nous d'étudier l'influence, notamment symbolique, des dispositifs à trois niveaux et d'étudier la réception de ces dispositifs en situation, afin de mettre en évidence ce que font les manifestations affectives aux dispositifs et inversement. Il nous a, alors, fallu élaborer une méthodologie qui intègre à la fois la possibilité d'appréhender les dispositifs au niveau des situations, des processus et des discours, mais qui permette également d'appréhender les manifestations affectives des soignants *in situ*.

Proposition méthodologique pour appréhender les manifestations affectives en organisation

Notre recherche est originale à plusieurs titres en ce qui concerne le terrain et la méthodologie. Nous avons fait le choix d'étudier la communication organisationnelle des organisations de santé comme communication affective. C'est intéressant à double titre. Premièrement, nous avons montré dans le paragraphe précédent que les études qui rapprochent communications organisationnelles et communication affective sont peu nombreuses. Par ailleurs, dans les organisations de santé, les manifestations affectives au travail sont encore

taboues. Elles bénéficient d'un statut ambivalent. Elles sont attendues et mobilisées comme compétences lorsqu'il s'agit d'entrer en empathie avec les patients. Cependant, elles doivent être écartées si elles doivent manifester l'affectivité du soignant. Il nous a donc semblé particulièrement pertinent d'étudier les liens entre manifestations affectives et dispositifs info-communicationnels dans ce contexte ambivalent.

Pour concevoir notre méthodologie, nous nous sommes appuyée sur différentes approches en lien avec notre cadre théorique. Ainsi, les ACO nous ont inspiré une méthodologie tripartite fondée sur l'observation de situations de travail, des entretiens libres et semi-directifs et une analyse de discours institutionnels. À la croisée de l'anthropologie du corps et de la communication (Jousse, 1974 ; 1975 ; 1978 ; Le Breton, 1990 ; Winkin, 2001 ; 2016), l'anthropologie par la communication affective nous a inspiré une démarche anthropologique fondée sur l'observation des manifestations affectives en situation de travail. L'appréhension des manifestations affectives sur le terrain a été difficile à opérationnaliser et a nécessité plusieurs précautions méthodologiques qui constituent, *in fine*, également des apports de ce travail de recherche.

1. La démarche méthodologique comme processus et les apports de la théorisation ancrée

Au départ de construction méthodologique, nous avons prévu, assez classiquement, une grille d'observation formalisée à partir de nos hypothèses et d'organiser nos observations selon un raisonnement déductif. En réalité, il s'est imposé à nous que le terrain et la construction d'une démarche méthodologique soient à envisager comme espace d'expérience accidenté et comme processus (Glaser et Strauss, 1967 ; Müller, Pasqualino, Schneider 2017). En effet, la richesse du terrain a invalidé la pertinence de notre grille d'observation dès le premier jour. Nous avons donc fait le choix d'embrasser l'entropie inhérente aux observations et de structurer notre analyse à partir de la démarche de théorisation ancrée, développée par B. Glaser et A. Strauss (1967). À ce stade, nous avons donc laissé de côté le travail théorique que nous avons entrepris et nous avons construit notre analyse à partir des données empiriques qui émergeaient du terrain. Le principe fondamental de la théorisation ancrée consiste à réaliser simultanément l'analyse et le recueil de données. Il s'agit de caractériser et d'analyser les données soit directement en situation, soit peu de temps après. Dans cette perspective, nous avons pu

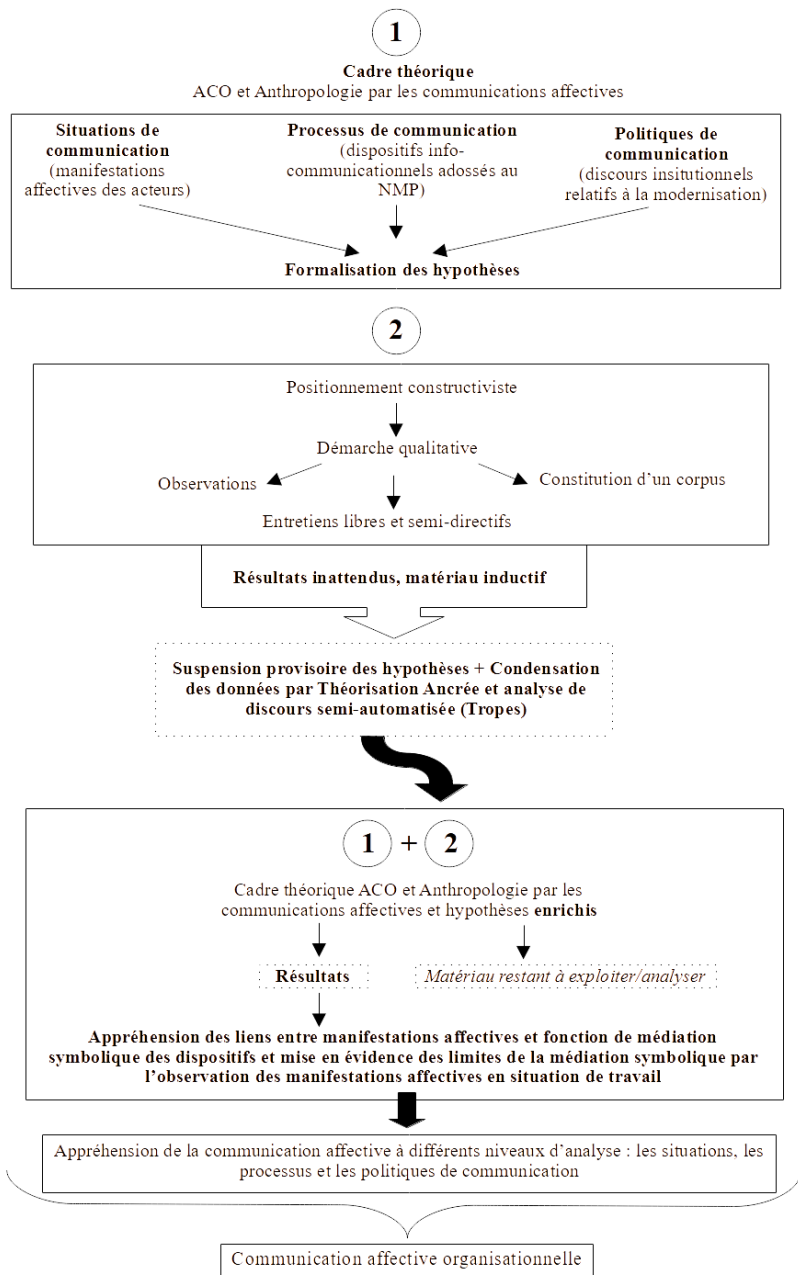
élaborer nos interprétations anthropologiques au plus proche du terrain et vérifier (en temps réel ou le lendemain) la pertinence de nos interprétations. Cette démarche est particulièrement intéressante lorsqu'il s'agit d'appréhender les manifestations affectives des personnes observées et pour limiter les biais de projection affective du chercheur vers la personne observée. Par ailleurs, la démarche par théorisation ancrée permet d'aborder le terrain avec souplesse, d'élargir la focale du chercheur sur son terrain de recherche et de se laisser surprendre par des éléments qu'il n'avait pas prévu dans son processus déductif.

2. Une démarche méthodologique hybride entre théorisation ancrée et raisonnement hypothético-déductif

Pour autant, il convient de noter que nous n'avons pas procédé à une analyse par théorisation ancrée complète. Nous avons procédé au *codage initial* de nos données, à l'exercice de *catégorisation* par saturation de notre codage initiale, à la *mise en relation* des catégories et à l'*intégration* de notre analyse (Strauss et Corbin, 1998 ; Paillé, 1994 ; 2017). Cependant, l'intégration n'a été que partielle. Pour accéder à l'étape de théorisation, nous ne nous sommes pas focalisée exclusivement sur les données empiriques, nous avons recentré l'analyse à partir d'un plan d'exploitation de données, formalisé à l'aide de nos hypothèses de travail. Notre travail d'analyse de données relève donc d'une démarche méthodologique hybride (Paillé, 1994) entre théorisation ancrée et raisonnement hypothético-déductif. Dans les faits, cela signifie qu'à la suite de la catégorisation, nous avons procédé à l'analyse de contenu attenante à chaque catégorie conceptuelle et que nous avons comparé les résultats avec les hypothèses de travail que nous avons élaborées au niveau théorique pour en tirer des conclusions.

Dans la lignée d'A. Dumas (2016), nous souhaitons présenter un schéma qui permet d'explicitier notre démarche méthodologique :

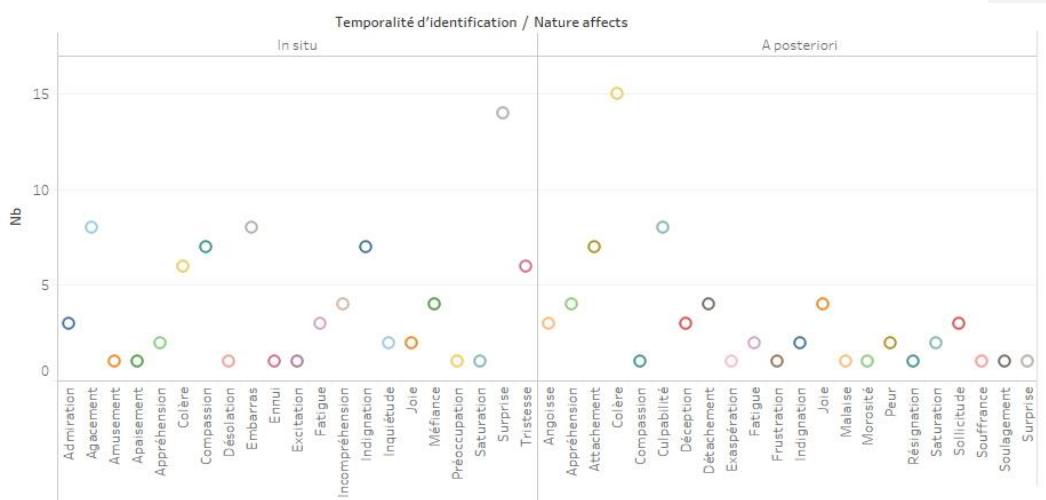
Figure 7: Proposition méthodologique pour appréhender les manifestations affectives en organisation



3. La nécessité d'une démarche réflexive sur l'implication affective du chercheur dans son terrain de recherche

Enfin, il convient de souligner l'originalité de la précaution méthodologique nécessaire à l'appréhension des manifestations affectives en situation : la réflexivité affective du chercheur. Dans la lignée des travaux d'O. Foli (2018) sur l'implication affective du chercheur, il nous a paru indispensable de procéder à une approche réflexive de notre implication affective

Figure 8 : Diagramme d'auto-ethnographie affective face à notre terrain de recherche sur le terrain. L'objectif était de nous prémunir des biais de projection ou de sur-interprétation jusque dans l'analyse de données. Pour cela, nous avons procédé de la même façon que pour les manifestations affectives des personnes observées. Nous avons pris en note nos propres manifestations affectives en fonction des situations et nous avons procédé à une analyse de contenu de ces manifestations affectives. Ce protocole permet à la fois de mieux comprendre le processus de compréhension et d'interprétation de situation, et de rectifier les interprétations au besoin. Nous avons mis en place ce protocole jusqu'à la fin de la rédaction, afin de vérifier et de surveiller que nos manifestations affectives ne teintaient pas les interprétations. Analyse salutaire, parce que ce fut le cas.



Ce diagramme représente les résultats de notre auto-ethnographie affective. On peut voir que, *in situ*, l'affect majoritaire a été la surprise, accompagné sporadiquement d'affects liés à la tristesse. On peut voir également qu'*a posteriori*, c'est-à-dire pendant l'analyse de données, les affects majoritaires ont été la colère, l'attachement et la culpabilité. Cela indique qu'entre le moment du recueil de données et le moment de l'analyse, nous nous sommes réappropriée affectivement le terrain. Cela induit que nous avons pu traduire le terrain différemment de ce qu'il était vraiment à travers le travail d'analyse et le travail d'écriture. Cette démarche réflexive nous a été précieuse d'un point de vue méthodologique, car elle nous a fait prendre conscience que la colère qui pouvait teinter nos interprétations. Nous avons alors procédé à une lecture réflexive de nos interprétations pour déceler la colère cachée derrière les mots. Cela nous a, notamment, été utile au moment de la rédaction, afin d'éviter de glisser de l'engagement critique vers le registre polémique.

Limites de l'étude et perspectives de recherche

Ce travail de recherche comporte certaines limites qu'il convient de soulever. L'essentiel de ces limites concerne notre terrain. La première à soulever est, évidemment, celle de l'interprétation des manifestations affectives d'autrui. Malgré toutes les précautions méthodologiques prises, nous ne pouvons pas nous abstraire totalement de nos propres représentations quant aux manifestations affectives. Ainsi, les larmes d'une cadre de santé que nous n'avons pas pu recroiser (pas de possibilité de vérification par itération) que nous aurons attribuées à la tristesse, ont pu être en réalité des larmes de rage, par exemple. Il convient, autant que faire se peut, de vérifier les interprétations en termes de manifestations affectives et les qualifier à partir du vocabulaire des personnels observés.

Deuxièmement, concernant les observations, nous pouvons souligner le fait qu'elles ont été relativement courtes : deux fois dix jours, une fois quinze jours. De fait, nos résultats sont donc moins généralisables que ceux recueillis par A. Dumas (2016) grâce à son dispositif de recherche-action, qui a duré un an, par exemple. Nos conclusions s'apparentent à des instantanés des services que nous avons observés. Sans restitution aux parties prenantes des observations et compte tenu de la durée des observations, nous n'estimons pas qu'en l'état, nos conclusions soient généralisables à la vie du service. Par ailleurs, les observations et la prise de note comportent intrinsèquement certaines limites. On peut citer, par exemple, les difficultés

d'exhaustivité du recueil lors d'événements ou de regroupements collectifs. En effet, ces regroupements mettent en jeu une polyphonie affective qui ne permet pas vraiment d'être exhaustif dans le recueil, même si c'est l'objectif. Il aurait été intéressant, comme le souligne A. Dumas (2016), de coupler le recueil de données sous forme de journal de bord, avec des photographies des situations permettant de les décrire précisément (Audas, 2011, citée par A. Dumas, 2016 : 533), ou encore des captations audio à retranscrire, comme mis en place pour les *focus group* de l'étude POLISOMA, par exemple. Concernant les entretiens semi-directifs, il convient de souligner leur petit nombre : seulement neuf. La raison est que les instances dirigeantes n'ont pas souhaité communiquer sur les différents sujets que nous souhaitions aborder avec eux, et ont donc décliné nos demandes d'entretien. Cela représente une limite dans l'interprétation des intentions managériales sous-tendues *a priori* par les dispositifs. Ainsi, nous ne disposons pas vraiment d'éléments d'explication sur l'attitude de la direction dans certaines situations, ou sur certaines prises de décisions par rapport aux objectifs de l'organisation. Notamment, concernant leur point de vue sur le rapport bénéfice-risque d'une dynamique de rationalisation par rapport au bien-être au travail des soignants, en regard de la satisfaction des patients et du contexte économique des centres hospitaliers. Concernant l'analyse de discours automatisée, celle-ci détient les défauts de ses qualités. Elle va vite, cependant le thésaurus qui sert de base à l'analyse est à la fois non formalisé conceptuellement pour une analyse SIC et nécessairement incomplet (Molette et Landré, 2011). Ce qui induit plusieurs limites et difficultés dans l'interprétation des résultats et nécessite de porter une attention particulière à la façon dont le logiciel interprète les textes.

Enfin, nos résultats mettent en évidence une limite concernant notre hypothèse principale. Selon celle-ci, les manifestations affectives peuvent révéler les limites des dispositifs info-communicationnels. Nos résultats montrent que dans le même temps ces manifestations affectives participent à la résolution des situations problématiques. Cependant, il convient de noter que cette résolution apparaît comme indirecte. La forme de résolution la plus utilisée par les soignants est le partage de l'émotion dans un dialogue ouvert avec leurs pairs. Ce partage peut être source de mise en mouvement, mais c'est bien la mise en mouvement qui la plupart du temps permet la résolution de la situation, et non l'expression seule de l'émotion. Cependant, cela aide à générer le processus de mise en mouvement. Par ailleurs, cette résolution ne permet pas de combler le déficit symbolique occasionné par le dispositif. Dans ces conditions la résolution n'est que partielle, compensatoire ou palliative. Les

manifestations affectives permettent de recréer de la médiation, mais pas forcément d'engendrer un processus de reconstruction de sens.

Pour finir, à partir des limites et des apports de cette recherche que nous venons de souligner, un certain nombre de perspectives de recherches semblent s'ouvrir. Il serait, notamment, pertinent de pouvoir reproduire cette recherche à une échelle de temps plus longue, dans plus de services et dans différentes régions, afin de vérifier la validité et d'approfondir les résultats. Par extension, il nous semblerait particulièrement intéressant de pouvoir rapprocher notre travail des travaux sur les compétences communicationnelles (Wittorski, 1998 ; Lépine, 2018), afin d'étudier la pertinence d'envisager les manifestations affectives en organisation comme compétences communicationnelles à part entière. Cela permettrait, par exemple, de mener une étude comparative dans un univers professionnel où les manifestations affectives sont reconnues – comme compétence – et de confronter nos hypothèses de travail à ce contexte différent. Cela permettrait, également, d'approfondir la question de la reconnaissance (Honneth, 2000 ; 2006 ; Grima, Lépine, Muller et Peyrlong, 2010 ; Lépine, 2012 ; 2013 ; 2018) dans les processus de subjectivation du travail. En termes d'ouverture, on peut également envisager une extension de cette recherche en lien avec les nouveaux objets abordés en anthropologie par la communication affective, comme les liens entre émancipation et communication corporelle (Martin-Juchat, 2021). On pourrait alors imaginer un travail de recherche qui traiterait du lien entre assignations affectives au travail et émancipation par la communication corporelle. Cela permettrait également d'amorcer des études sur la possibilité de construire des projets d'éducation somatique (Martin-Juchat, 2021) en organisation, en lien, de nouveau, avec la question de la reconnaissance (Lépine, 2018) des affects au travail.

Bibliographie

ABORD DE CHATILLON E., DESMARAIS C., « Le Nouveau Management Public est-il pathogène ? », *Management international*, vol. 16, n° 3, 2012.

AKTOUF O., *Le management entre tradition et renouvellement*, Paris, Gaëtan Morin, 1989.

ALEMANNI S., « Risques organisationnels et anticipation. Une communication complexifiée autour du near-miss », *Communication & Organisation*, 2014/1 (n° 45), p. 59-72. [En ligne] URL : <<https://www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2014-1-page-59.htm>>

ALMEIDA (D') N., *La société du jugement. Essai sur les nouveaux pouvoirs de l'opinion*. Paris : Armand Colin, 2007.

ALMEIDA (D') N., CARAYOL V., « La communication organisationnelle, une question de communauté », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 4 | 2014, [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/rfsic/870>> (consulté le 20/05/2020).

APPEL V., HELLER T., « Chapitre 3. Dispositif et recherche en communication des organisations », dans : APPEL V. éd., *Les dispositifs d'information et de communication. Concepts, usages et objets*. Louvain-la-Neuve, De Boeck Supérieur, « Culture & Communication », 2010, p. 39-57. [En ligne] URL : <<https://www.cairn.info/les-dispositifs-d-information-et-de-communication—9782804162429-page-39.htm>> (consulté le 20/05/2020).

ANDONOVA Y., VACHER B., « Visibilité et reconnaissance de l'individu au travail », *Communication et organisation*, 36 | 2009, [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/communicationorganisation/970>> (consulté le 17/05/2019).

ANONIN C., « Après le choc pétrolier d'octobre 1973, l'économie mondiale à l'épreuve du pétrole cher », *Revue internationale et stratégique*, 2013/3 (n° 91), p. 139-149. [En ligne] URL : <<https://www.cairn.info/revue-internationale-et-strategique-2013-3-page-139.htm>> (consulté le 20/05/2020)

AUDAS N., « La dynamique affective envers les lieux urbains : la place des temporalités individuelles et urbaines », thèse de doctorat en Aménagement de l'espace-Urbanisme, sous la direction de D. Martouzet, Université François Rabelais, Tour, 2011.

AUSTIN L., *Quand dire, c'est faire*. Paris : Editions du Seuil, 1970.

AZNAR M., Approche communicationnelle des compétences managériales en secteur santé : les cadres de santé du CHU de Grenoble face aux injonctions et aux dispositifs communicationnels issus de la notion de « nouveau management public ». Mémoire de Master 2 en Sciences de l'information et de la communication, Université Grenoble Alpes, 2016.

BARTOLI A., *Le management dans les organisations publiques*. Paris : Dunod, 1997

ROTHIER BAUTZER E., « Care et profession infirmière », *Recherche & formation*, 2014/2 (n° 76), p. 93-106. [En ligne] URL : <<https://www.cairn.info/revue-recherche-et-formation-2014-2-page-93.htm>> (consulté le 15/07/2019).

BAZET I., JOLIVET A., MAYERE A., « Pour une approche communicationnelle du travail d'organisation : changement organisationnel et gestion des événements indésirables », *Communication et organisation*, 33 | 2008 [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/communicationorganisation/424>> (consulté le 15/07/2019).

BERCOT R., « Rationaliser la gestion des blocs opératoires la négociation des territoires et des légitimités professionnelles », *Sciences de la Société*, n° 76, 2009.

BERNARD F., « Nicole d'Almeida, *Les promesses de la communication* », *Questions de communication*, n°24, 2002 [En ligne] URL : <<https://questionsdecommunication.revues.org/7288>> (consulté le 10 mai 2018).

BEZES P., « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *Informations sociales*, 2005/6 (n° 126), p. 26-37. [En ligne] URL : <<https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2005-6-page-26.htm>> (consulté le 10 mai 2018).

BEZES P., *Le tournant néomanagérial de l'administration française*. Paris : Presses de Sciences Po Paris, 2008.

BIRDWHISTELL R., *An Approach to Communication*. Louisville. University of Kentucky Press : 1962.

BOEDA M., « L'adaptation de l'économie au choc pétrolier : quatre scénarios. », *Economie et statistique*, n°71, Octobre 1975. pp. 49-57.

BOLTANSKI L., CHIAPELLO E., *Le nouvel esprit du capitalisme*. Paris, Gallimard, 1999.

BOLTANSKI L., THEVENOT L., *Economies de la grandeur*. Paris, Gallimard, 1991.

BONNAFOUS S. et TEMMAR M., *Analyse du discours et sciences humaines et sociales*. Paris : Ophrys, 2007.

BONNEVILLE L., « La réorganisation du système socio-sanitaire autour des autoroutes de l'information: Le problème de la productivité », *2001 Bogue Globalisme et Pluralisme : usage des TICS 2*. Laval, PUL, 2003.

BONNEVILLE L., GROSJEAN S., « Mise en place d'un réseau de soins québécois : entre « rationalité technique » et besoins de communiquer », *Sciences de la société*, 76 | 2009, [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/sds/9242>> (consulté le 20/08/2021).

BORZEIX A., FRAENKEL B. (coord.), *Langage et Travail, Communication, cognition, action*. Paris : CNRS Éditions, 2001.

BOUILLON J.-L., Pour une approche communicationnelle des processus de rationalisation cognitive des organisations : contours, enjeux et perspectives. X Colloque bilatéral franco-roumain, CIFSIC Université de Bucarest, 28 juin – 3 juillet 2003, Oct 2003. Actes soumis en 2004.

BOUILLON J.-L., « "L'impensé communicationnel" dans la coordination des activités socio-économique : les enjeux des ACO. », *Sciences de la société*, n°74, 2008.

BOUILLON J.-L., « Comprendre l'organisation par la communication...sans réduire l'organisation à la communication. Enjeux, perspectives et limites d'une théorisation communicationnelle de l'organisation » **dans** « Nouvelles tendances en communication organisationnelle », *77ème Congrès de l'ACFAS*, Université d'Ottawa, 14-15 mai 2009.

BOUILLON J.-L., « Technologies numériques d'information et de communication et rationalisations organisationnelles : les « compétences numériques » face à la modélisation », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 2015/1 (n° 16/1), p. 89-103. **[En ligne]**
URL : <<https://www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2015-1-page-89.htm>> (consulté le 20/08/2021).

BOUILLON J.-L., BOURDIN S., LONEUX C., « Approches communicationnelles des organisations : interroger l'organisation par la communication. Eléments de contextualisation. », *Sciences de la société*, n°74, 2008.

BOURDIEU P., « La délégation et le fétichisme politique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°s 52-53, juin 1984.

BOURDIEU P., « Espace social et pouvoir symbolique », *Choses dites*. Paris : Minuit, 1987.

BOURDIEU P., « Stratégies de reproduction et modes de domination », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°105, 1994.

BOURDIEU P., *Langage et pouvoir symbolique*. Paris: Fayard, 2001.

BOUSSARD V., « Quand les règles s'incarnent: L'exemple des indicateurs prégnants », *Sociologie du Travail*, Vol. 43, No. 4, Octobre - Décembre 2001, pp. 533-551.

BRUGIDOU M., LE QUEAU P., « La dynamique interne du récit », *CREDOC*, Cahier de recherche n°124, pp.83, 1999.

BRUNEL M.-L., COSNIER J., *L'empathie. Un sixième sens*. Lyon : Presses Universitaires de Lyon : 2012.

CABEDOUCHE B., « Culture du chiffre et responsabilité sociale : le déplacement de la charge de l'incertitude sur le facteur humain chez France Télécom » **dans** Millet-Fourrier C., Martin-

Juchat F., Lépine V., *Les acteurs de la communication des entreprises et des organisations : pratiques et perspectives*. PUG : France, 2014.

CAILLET E., *À l'approche du musée : la médiation culturelle*. Lyon : Presses universitaires de Lyon, 1995.

CALLON M. & LATOUR B., Le grand Léviathan s'appriivoise-t-il ?, **dans** Akrich M., Callon M. & Latour B. éds *Sociologie de la traduction. Textes fondateurs*. Paris : Éditions de l'école des mines de Paris, pp. 11-32, 2006.

CASSIRER E. *La Philosophie des formes symboliques (1923-1929). T. I : Le langage*. Paris : Éditions de Minuit, 1923 | 1972.

CERTEAU (DE), *L'invention du quotidien, I : Arts de faire*. Paris : Gallimard, 1980 | 1990.

CHANLAT J.-F., « Émotions, organisation et management : une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle », *Travailler*, 2003/1 (n° 9), p. 113-132. **[En ligne]** URL : <<https://www.cairn.info/revue-travailler-2003-1-page-113.htm>> (consulté le 20/08/2021).

CHARAUDEAU P., *Grammaire du sens et de l'expression*. Paris : Hachette Éducation, 1992.

CHEVALLIER J., *Le service public*. Paris : Presses Universitaires de France, 2018.

CLOT Y., « Le geste est-il transmissible ? » *Apprendre autrement aujourd'hui, Dixièmes entretiens de la Villette*. 24 au 26 novembre 1999.

CLOT Y., « La recherche fondamentale de terrain : une troisième voie. » *Éducation permanente, Arcueil : Éducation permanente, La formation et la recherche*, pp. 67-77, 2008.

CLOT Y., « 19. Travail et sens du travail », **dans** Falzon P. éd., *Ergonomie*. Paris : Presses Universitaires de France, « Hors collection », p. 317-331., 2004 **[En ligne]** URL : <<https://www.cairn.info/ergonomie—9782130514046-page-317.htm>> (consulté le 20/08/2021).

COOREN F., « Comment les textes écrivent l'organisation. Figures, ventriloquie et incarnation », *Études de communication*, 34 | 2010 [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/edc/1891>> (consulté le 13/06/2019).

COOREN F., TAYLOR J. R., VAN EVERY E. J., *Communication as Organizing: Empirical and Theoretical Explorations in the Dynamic of Text and Conversation*. Mahwah : Lawrence Erlbaum Associates, 2006.

CRAIG R. T., « La communication en tant que champ d'étude », *Communiquer*, 1 | 2009 [En Ligne] URL <<https://journals.openedition.org/communiquer/274>> (consulté le 28/12/2019).

CROQUET C., « Les processus de médiation et de média-tisation au cours des campagnes de communication des films ». *Études en communication : Techniques d'expression, information, communication*, pp. 83-95, 1998.

CROZIER M. et FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Paris : Editions du Seuil, 1977.

DALAGE PY E., DEBRUYNE F., VANDIEDONCK D., « La recherche du sens ». Actes du Congrès de la SFSIC, 2002.

DAMASIO A., *L'Erreur de Descartes*. Paris : Odile Jacob, 1995.

DAMASIO A., *Le sentiment même de soi*. Paris : Odile Jacob, 1999.

DAVALLON J., « La médiation en procès ? », *MEI « Médiation et information »*, n° 19, 2003.

DEJOURS C., *Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*. Montrouge : Bayrad, 1993.

DEJOURS C., *Le facteur humain*. Paris : Presses universitaires de France, 1995.

DEJOURS C., *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Éditions du Seuil, 1998.

DEJOURS C., « Le travail entre souffrance individuelle, intelligence collective et promesse d'émancipation », *Le sujet dans la cité*, 2010/1 (n° 1), p. 59-72., 2010 [En ligne] URL :

<<https://www.cairn.info/revue-le-sujet-dans-la-cite-2010-1-page-59.htm>> (consulté le 20/08/2021).

DEJOURS C., *Situations du travail*. Paris : Presses universitaires de France, 2016.

DELCAMBRE P., *Ecriture et communications de travail : pratiques d'écriture des éducateurs spécialisés*. Villeneuve d'Asq : Presses Universitaires du Septentrion, 1997.

DELCAMBRE P., « Quel corpus pour la recherche sur les pratiques de communication dans les entreprises et les organisations ? », *Revue Sciences de la Société*, n°50-51, p 60-86, 2000.

DELEFOSSE M.S., « Une psychologie concrète des émotions », *Corps, affects, émotion : Psychologie Clinique*, n° 10, 2002, p.15-34.

DELEUZE G., *Pourparlers (1972-1990)*. Paris : Les éditions de Minuit, 1990.

DENIS J.L., Est-ce possible de réformer le système de santé ? Un regard politique et organisationnel sur les réformes, La santé à l'épreuve des reconfigurations organisationnelles et communicationnelles : bilan et perspectives, 80ème congrès de ACFAS, Montréal, Québec, 7 et 8 mai 2012, [vidéo en ligne] URL : <<http://www.grms.uqam.ca/evenements/colloques/343-videos-du-colloque-qla-sante-alepreuve-des#reconfigurations-organisationnelles-et-communicationnellesq.html>> (consulté le 28/12/2019).

DEREZE G., *Méthodes empiriques de recherche en information et communication*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur, 2009.

DEWEY J., *Essays in Experimental Logic*. Carbondale : Southern Illinois University Press, 2007.

DEWEY J., *La formation des valeurs*. Paris : La Découverte. Coll. Les empêcheurs de tourner en rond. Traduit et présenté par A. Bidet, L. Quéré et G. Truc, 2011.

DENZIN N. K., *The research act : a theoretical introduction to sociological methods*. New York : McGraw-Hill, 1978.

DUBET F., « L'institution : du dispositif symbolique à la régulation politique », *Idées*, n°159, mars 2010, p. 25-34.

DOUGLAS M., *Comment pensent les institutions*. Paris : La Découverte, 1999.

DUGUIT L., *Les transformations du droit public*. Paris : Armand Colin, 1913

DUJARDIN P.-P., LEPINE V., « Quelles compétences et ressources pour les cadres de santé dans la gestion des situations à forte charge émotionnelle ? », *Santé Publique*, 2018/4 (Vol. 30), p. 507-516. [En ligne] URL : <<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2018-4-page-507.htm>> (consulté le 16/07/2021).

DUJARIER, M.-A., *L'idéal au travail*. Paris : Presses Universitaires de France, 2006.

DUJARIER, M.-A., *Le Management désincarné. Enquête sur les nouveaux cadres du travail*. Paris : La Découverte, 2015.

DUMAS A., « Approche communicationnelle des dispositifs de prévention de la santé et de la sécurité au travail : penser la communication organisationnelle comme communication affective », thèse de doctorat en Sciences de l'Information et de la Communication, sous la direction de F. Martin-Juchat, Université Grenoble Alpes, Grenoble, 2016.

DUMAS A., « Prévention de la santé au travail et politiques d'information et de communication des entreprises : entre transfert de responsabilité et mutations de l'espace public », *Les Enjeux de l'Information et de la Communication*, n°19/3A, p. 81-95, [En ligne], URL : <<https://lesenjeux.univ-grenoble-alpes.fr/2018-supplementA/06/>> (consulté le 25/07/2021).

DUMAS A., MARTIN-JUCHAT F., (2016), « Approche communicationnelle des émotions dans les organisations : questionnements et implications méthodologiques », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, Alemanno Sylvie, Le Moëne Christian et Gramaccia Gino, « Tendances contemporaines en communication organisationnelle », n°9, [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/rfsic/2103>> (consulté le 25/07/2021).

DUMONT L., *Homo aequalis I. Genèse et épanouissement de l'idéologie économique*. Paris : Gallimard, 1977.

DURAMPART M., « La gestion contre la mission. Média-tions technologiques dans le secteur sanitaire et médico-social », dans *Médiations sociales, systèmes d'information et réseaux de communication. Actes du XIe Congrès national des Sciences de l'information et de la communication*, Université de Metz, 3-5 déc. 1998. Paris : SFSIC.

DURKHEIM E., *Les formes élémentaires de la vie religieuse. Le système totémique en Australie*. Paris: Les Presses universitaires de France, 1912.

FICHEZ E., COMBES Y., « Dispositifs techniques et médiations dans le processus de formation », dans *Information, communication et technique. Regard sur la diversité des enjeux. Actes du Xe Congrès national des Sciences de l'information et de la communication*, 14-16 nov. 1996. Paris : SFSIC.

FREVERT U., Émotions perdues et émotions trouvées à l'ère contemporaine, dans Ambroise-Rendu A.-C., Demartini A.-E., Eck H. et Edelman N. (dir.), *Émotions contemporaines XIXe – XXIe siècle*. Paris : Armand Collin, 2014.

FLORIS B., *La communication managériale. La modernisation symbolique de l'entreprise*. Grenoble : PUG, 1996.

FLORIS B., LEDUN M., « le marketing technologie politique et forme symbolique du contrôle social », *EDC*, n°28, 2005, pp.125.140.

FONTANILLE J., *Soma et Sema : Figures du corps*. Paris : Maisonneuve et Larose, 2004.

FOLI O., « Le travail émotionnel du chercheur : une expérience au service de l'étude des émotions en organisation », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 14 | 2018, [En ligne] URL: <<http://journals.openedition.org/rfsic/3959>> (consulté le 20/05/2020).

FOUCAULT M., *Les mots et les choses. Une archéologie des sciences humaines*. Paris : Éditions Gallimard, 1966.

FOUCAULT M., *Surveiller et punir. Naissance de la prison*. Paris : Éditions Gallimard, 1975.

FOUCAULT M., *Dits et écrits III*. 1976-1979. Paris : Éditions Gallimard, 1994, p. 299 et 300.

FOUCAULT M., Entretien de 1977, *Dit et écrit III. 1976-1979*. Paris : Éditions Gallimard, 1994, p. 299 et suivantes.

GALLENCA G., « L'empathie inversée au cœur de la relation ethnographique », *Journal des anthropologues*, 2008/3-4 (n° 114-115), p. 145-161. [En ligne] URL : <<https://www.cairn.info/revue-journal-des-anthropologues-2008-3-page-145.htm>> (consulté le 12/06/2021).

GALINON-MELENEC B., *Penser autrement la communication*. Paris : L'Harmattan, 2007.

GALINON-MELENEC B., (dir.), *L'Homme trace. Perspectives anthropologiques des traces contemporaines*. Paris : cnrs Éd., 2011.

GARDERE E., « Institution communicante et nouveau management public. », *Communication & Organisation* 1/2012, n° 41, p. 27-39. [En ligne] URL : <www.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2012-1-page-27.htm> (consulté le 15/03/2019).

GAULEJAC (DE) V., *La société malade de la gestion - Idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*. Paris : Seuil, 2005.

GENTILI M., « Éléments pour une histoire de l'Hôpital », *Hegel*, vol. 2, no. 2, 2017, pp. 147-151.

GHIGLIONE R., MATALON B., BACRI N., *Les direx analysés - L'analyse propositionnelle du discours*. Paris : Presses Universitaires de Vincennes, 1985.

GHIGLIONE R., C. KEKENBOSCH C., LANDRE A., *L'analyse cognitivo-discursive*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 1995.

GIDDENS A., *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan, 1994.

GILLIGAN C., *Une voix différente. Pour une éthique du care*. Paris : Champs Flammarion 2008 [1re éd. : Cambridge : Harvard University Press, 1982].

GLASER B., STRAUSS A., *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago : Aldine, 1967.

GOFFMAN E. *Les cadres de l'expérience*. Paris : Éd. de Minuit, 1974, rééd. 1991, trad. de l'anglais par I. Joseph, M. Datevelle, P. Joseph.

GOLEMAN D., *L'intelligence émotionnelle No 2. Cultiver ses émotions pour s'épanouir dans son travail*. Paris : Robert Laffont, 1999.

GOODENOUGH W., « Cultural anthropology and linguistics ». **Dans** : Garvin, Paul L. (Hg.): *Report of the Seventh Annual Round table Meeting on Linguistics and Language Study*. Washington: Georgetown University, Monograph Series on Language and Linguistics No. 9. P. 167-173.

GRAMACCIA G., « Les institutions de la médiation symbolique en quête de l'Homme-trace », dans Galinon-Méléne B. (dir.), *L'Homme trace. Perspectives anthropologiques des traces contemporaines*. Paris : CNRS EDITIONS, 2011, p. 273-287.

GRIMA F., LEPINE V., MULLER R., PEYRELONG M.-F. « Faire face au nouveau management public : analyse des stratégies des managers des secteurs des bibliothèques et de la santé », Actes du colloque Vers une nouvelle gestion des ressources humaines publiques, Annecy, 25-26 mars 2010, **[En ligne]** URL : <[https://www.researchgate.net/publication/280748884 Faire face au nouveau management public analyse des strategies des managers des secteurs des bibliotheques et de la san](https://www.researchgate.net/publication/280748884_Faire_face_au_nouveau_management_public_analyse_des_strategies_des_managers_des_secteurs_des_bibliotheques_et_de_la_sante)
[te](https://www.researchgate.net/publication/280748884_Faire_face_au_nouveau_management_public_analyse_des_strategies_des_managers_des_secteurs_des_bibliotheques_et_de_la_sante)> (consulté le 20/08/2021).

GROSJEAN S., LACOSTE M., « L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du «tout écrit» », *Sociologie du travail*, 40-4, 1998, p.439-464.

GROSJEAN S., « Saisir la dynamique organisationnelle : quand intersubjectivité et interobjectivité s'entrelacent », *Sciences de la Société*, n°74, 2008.

GROLEAU C., MAYERE A., « Médecins avec ou sans frontière : contradiction et transformation des pratiques professionnelles », *Sciences de la société*, 76 | 2009 **[En ligne]** URL : <<http://journals.openedition.org/sds/9191>> (consulté le 20/08/2021).

GROSJEAN S., LACOSTE M., *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : Presses Universitaires de France, 1999.

GROLEAU C., « Les dimensions matérielles et sociales du travail collectif : les défis posés par les technologies d'information-communication », Actes préparatoires aux 4èmes Journées d'Etudes du Groupe d'Etudes et de Recherches sur les Communications Organisationnelles (SFSIC), Castres, 7-8-9 juin 2001. pp.5-9.

HABERMAS J., *Théorie de l'agir communicationnel. Tome 2: Pour une critique de la raison fonctionnaliste*. Paris : Editions Fayard, 1987.

HELLER T., « De l'anatomopolitique à la psychopolitique », *Études de communication*, vol. 28, no. 1, 2005, pp. 5-5.

HELLER T., « Reconnaissance et communication : une logique de l'assujettissement », *Communication & Organisation*, vol. 36, no. 2, 2009, pp. 108-120.

HOCHSHILD A., « Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale », *Travailler*, vol. 9, no. 1, 2003, pp. 19-49.

HONNETH, A., *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf, 2000 (1ère édition allemande 1992).

HONNETH, A. *La société du mépris. Vers une nouvelle Théorie critique*. (tr. de l'allemand par Olivier Voirol, Pierre Rusch et Alexandre Dupeyrix). Paris : La découverte, 2006.

HOOD C., « A public management for all seasons ? », *Public Administration*, Volume 69, Issue1, Mars 1991, p.3-19.

HUSSERL E., *Recherches Logiques, Recherches pour la phénoménologie et la théorie de la connaissance*. Tome, 1, 2 et 3. Paris : Presses Universitaires de France, 2011 (1ère édition 1901).

HUSSERL E., *Leçons pour une phénoménologie de la conscience intime du temps*. (tr. fr. par H. Dussort). Paris : Presses Universitaires de France, 1964 (1ère édition 1928).

HUSSERL E., *Idées directrices pour une phénoménologie et une philosophie phénoménologique pures* (tr. fr. par P. Ricoeur). Paris : Presses Universitaires de France, 1985 (1ère édition 1913).

HYMES D., « Models of the interaction of language and social life », *Journal of Social Issues*, No 59, 1967.

ILLOUZ E., *Les Sentiments du capitalisme*. Paris : Seuil, 2006.

ILLOUZ E., *Pourquoi l'amour fait mal. L'expérience amoureuse dans la modernité*. Paris : Seuil, 2012.

JEANNERET Y., « Dispositif », **dans** *La « Société de l'information », glossaire critique*, Commission française pour l'UNESCO. Paris : La documentation française, 2005, p. 50-52.

JOUET J., « Pratiques de communication, figures de la médiation », *Réseaux*, n°60, 1993, p. 99-120.

JOUET J., « Pratiques de communication et figures de la médiation. Des médias de masse aux technologies de l'information et de la communication », *Réseaux. Communication - Technologie – Société*, n°1, 1997, p. 291-312.

JOUSSE M., *L'anthropologie du geste*. Paris : Les Éditions Resma, 1969.

JOUSSE M., *L'anthropologie du geste I*. Paris : Gallimard, 1974, [réimpr.].

JOUSSE M., *L'anthropologie du geste II*. Paris : Gallimard, 1975.

JOUSSE M., *Le Parlant, la Parole et le Souffle*. Paris : Gallimard, 1978.

KANT E., *Critique de la raison pure*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012 (1ère édition 1781, remaniée en 1787).

KAUFMANN J.-C., *L'entretien compréhensif*. Paris : Nathan, 1996.

KILANI M., *Essais sur le discours anthropologique*. Lausanne : Payot, 1992.

KILANI M., « L'anthropologie de terrain et le terrain de l'anthropologie. Observation, description et textualisation en anthropologie », *Réseaux*, vol. 27, no. 6, 1987, p. 39-78.

LA BROISE (DE) P., GROSJEAN S., « Normes et écriture de l'organisation » (coord.), in *Études de communication*, vol. 34, 2010, p. 9-21.

LACOSTE M., Le langage et la structuration des collectifs. **dans** *Le travail collectif. Perspectives actuelles en ergonomie*, 2000, p. 55-70.

LAFLAMME S., Communication et émotions. Essai de microsociologie relationnelle. Paris : L'Harmattan, 1995.

LAMBOTTE, François. Vers une approche communicationnelle de l'individu face aux épreuves organisationnelles. *Études de communication. langages, information, médiations*, 2018, no 50, p. 33-56..

LANDRY S. *Travail, affection et pouvoir dans les groupes restreints: le modèle des trois zones dynamiques*. Montréal : Presse Universitaire de Québec, 2007.

LA PÉROUSE (DE) J.-F., Le dispositif de la défense, **dans** *Voyage de La Pérouse autour du monde, Tome quatrième*. Paris : Imprimerie de la République, 1797.

LARROCHE V., *Le dispositif: un concept pour les sciences de l'information et de la communication*. Londres : ISTE Group, 2018.

LASCOUMES P., LE GALÈS P., (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris : Presses de Sciences Po, 2004.

LEIBNIZ G. W., *Méditations sur la connaissance, la vérité et les idées*. Œuvres, ed. Prenant, L. Paris: Aubier-Montaigne, 1972 (1ère édition 1684).

LEPINE V. Choisir d'être manager à l'hôpital ou l'histoire d'une loyauté mise à l'épreuve. **dans** Dominique BOURGEON. *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, une position difficile entre soin et management*, Lamarre Eds, 2012.

LEPINE V., « Identité professionnelle et professionnalisation des cadres hospitaliers : le rôle des compétences communicationnelles » **dans** (dir) S.P. ALEMANNI et B. PARENT, *Les compétences organisationnelles. Construire, comprendre, observer*. Paris, L'Harmattan, 2013.

LEPINE V., « Communications organisationnelles et managériales : dynamiques de professionnalisation et enjeux de normalisation, valuation, évaluation », habilitation à diriger des recherches en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Grenoble Alpes, 2018.

LEVINAS E. *Totalité et infini*. Paris : Librairie générale française , 1990.

LEVINAS E., *Altérité et transcendance*. Saint-Clément : Fonta Morgana, 1995.

LE BRETON D., *Anthropologie du corps et modernité*. Paris : Presses Universitaires de France, 1990.

LE MOËNNE C., « Communication "by smiling around" et crise managériale », *Réseaux. Communication - Technologie – Société*, n°64, 1994, p.29-52.

LE MOËNNE C., « L'organisation imaginaire ? », *Communication & Organisation*, n°34, 2008, p 131-152.

LE MOËNNE C., « Quelques questions prudentes concernant les approches CCO », *Communication et organisation*, 59 | 2021 [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/communicationorganisation/10189>> (consulté le 28 juillet 2021).

LE MOËNNE C., PARRINI-ALEMANNI S., « Management de l'évaluation et communication », *Communication et organisation*, n°38, 2010, p. 7-14.

LINHART D. (dir.), *Pourquoi travaillons-nous?. Une approche sociologique de la subjectivité au travail*. Toulouse : Erès, 2008.

LIPOVETSKY G., *Les temps hypermodernes*. Paris : Grasset, 2004.

LORIOU M., « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. » *Prevenir*, n°40, 2001, p. 183-188.

LORIOU M., « La souffrance au travail. », *Pensée plurielle*, n°1, 2015, p. 23-33.

MAINGUENEAU D., *Analyser les textes de communication*. Paris : Armand Colin, 2012.

MARTIN-JUCHAT F., *Anthropologie du corps communicant. Mediation et information*, L'Harmattan, 2002.

MARTIN-JUCHAT F., « Le corps comme nouveau média ? », Colloque international *Old Media, new media*, dans le cadre de *CoMundus*, Université de Bourgogne, 2005.

MARTIN-JUCHAT F., « Penser le corps comme un média », habilitation à diriger des recherches en SIC sous la direction de J.-J. Boutaud et D. Raichvarg, Université de Bourgogne, Dijon, 2006.

MARTIN-JUCHAT F., *Le corps et les médias. La chair éprouvée par les médias et les espaces sociaux*. Bruxelles : De boeck, 2008 (2008a).

MARTIN-JUCHAT F., « Penser le corps affectif comme un média », *Corps*, 2008/1 (n° 4), p. 85-92. [En ligne] URL : <<https://www.cairn.info/revue-corps-dilecta-2008-1-page-85.htm>> (2008b).

MARTIN-JUCHAT F., « Acquis scientifiques sur la communication organisationnelle. Repérage des points de convergence entre les disciplines », dans (dir.) Miège B., Vinck D., *Les masques de la convergence. Enquêtes sur sciences, industries et aménagements*. Paris, Archives Contemporaines Editions, 2012.

MARTIN-JUCHAT F., (2014), « La dynamique de marchandisation de la communication affective », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne], URL : <<http://journals.openedition.org/rfsic/1012>> (consulté le 05/03/17).

MARTIN-JUCHAT F., *L'aventure du corps. La communication corporelle, une voie vers l'émancipation*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble, 2021.

MARTIN-JUCHAT F., STALL A., (dir.), *L'industrialisation des émotions. Vers une radicalisation de la modernité ?* Paris : L'Harmattan, 2016.

MARTIN-JUCHAT F., LEPINE V., MENISSIER T., « Émotions, dispositifs et organisations : quelles finalités, quels engagements, quelles dynamiques ? », *Revue française des sciences de*

l'information et de la communication, n°14, [En ligne], URL : <<http://journals.openedition.org/rfsic/379514>> (consulté le 05/03/17).

MARTIN-JUCHAT F., MENISSIER T., « Comment se projeter affectivement dans la modernité radicale : action collective, réflexivité, autonomie », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 14 | 2018 [En ligne] URL: <<http://journals.openedition.org/rfsic/40682018>> (consulté le 23/08/2021).

MARTIN-JUCHAT F., LEPINE V., AZNAR M., « L'agir affectif dans le travail d'encadrement : un objet de recherche interdisciplinaire », *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, 12 | 2018, [En ligne] URL: <<http://journals.openedition.org/rfsic/3471>> (consulté le 23/08/2021).

MARTUCCELLI D., « Les trois voies de l'individu sociologique. » *EspacesTemps. Net*, vol. 8. 2005.

MARX K., *Le Capital, Livre I*. Paris : Folio, 2008 (1ère édition 1867).

MATTELART A., « La communication et la promesse de rédemption. » *Quaderni*, vol. 40, n°1, 1999, p. 69-78.

MAUSS M., « L'expression obligatoire des sentiments », *Journal de psychologie*, n°18, p.425-434.

MAUSS M., « Rapports réels et pratiques de la psychologie et de la sociologie », *Journal de psychologie normale et pathologique*, 1924.

MAYERE A., BONNEVILLE L., GROSJEAN S. « Rationalisation des organisations hospitalières : des incitations économiques aux injonctions à collaborer », *Sciences de la société*, 2009, n°76.

MAYERE A., « Communication organisationnelle et organisations de santé : enjeux et perspectives », *Revue internationale de la communication sociale et publique*, 8, 2013.

MAYERE A., « Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée », *Revue française des sciences de l'information et de la communication* [En ligne] URL : <<http://rfsic.revues.org/889>> (consulté le 25/11/2016).

MAYO E., « The Irrational Factor in Human Behavior: The 'Night-Mind' in Industry. », *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, n°110, 1923, p. 117-130.

MAYO E., « Orientation and Attention » et « Mental Hygiene in Industry. » **dans** *The Psychological Foundations of Management*. Easton : Hive Publishing, 1927.

MENISSIER T., LEPINE V., MARTIN-JUCHAT F., « Quelle place à la créativité au sein des équipes de soin ? », *Soins cadres. La revue des directeurs des soins et des cadres de santé*, Supplément au n°103, automne 2017.

MICHELI R., *L'émotion argumentée. L'abolition de la peine de mort dans le débat parlementaire français*. Paris : Le Cerf, 2010.

MICHELI R., « Esquisse d'une typologie des différents modes de sémiotisation verbale de l'émotion. » *Semen. Revue de sémio-linguistique des textes et discours* 35, 2013.

MICHELI R., « L'image de soi saisie à travers le choix des arguments et la manifestation des émotions: interactions de l'ethos avec le logos et le pathos dans le discours théorique d'Albert Camus. », *Acta Fabula*, 2014.

MIEGE B., *La pensée communicationnelle*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2005.

MIEGE B., VINCK D. (co-dir.), *Les masques de la convergence -Enquêtes sur sciences, industries et aménagements*. Paris: Editions des Archives Contemporaines, 2012.

MILLET-FOURRIER C., « Stratégies politique vs. initiatives locales : télétravail et médiations sociales en Ardèche », dans *Médiations sociales, systèmes d'information et réseaux de communication*. Actes du XIe Congrès national des Sciences de l'information et de la communication, Université de Metz, p. 181-189, 3-5 déc Paris : SFSIC, 1998.

MOEGLIN P., *L'industrialisation de la formation. État de la question*. Paris : Centre national de documentation pédagogique, 1998.

MOISDON J.-C., HATCHUEL A., « Du mode d'existence des outils de gestion. », Actes du séminaire Contradictions et Dynamique des Organisations-CONDOR-IX 6 (1997).

MOISDON J.-C., « Régulation conjointe ou régulations disjointes ? Une lecture gestionnaire des évolutions récentes du système hospitalier français », *Sciences de la société*, n°76, 2009, p 2-16.

MOLETTE P., LANDRE A., *Tropes version 8.1*, 2011 [En ligne] URL : <<https://www.tropes.fr/ManuelDeTropesVF810.pdf>>. (consulté le 20/08/2021).

MOLETTE P., LANDRE A., *Tropes version 8.4*, 2013 [En ligne] URL : <<https://www.tropes.fr/ManuelDeTropesV840.pdf>> (consulté le 20/08/2021).

MOLINIER P., « Souffrance, défenses, reconnaissance. Le point de vue du travail. » *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°2, 2010, p. 99-110.

MOLINIER P., LAUGIER S., PAPERMAN P., (éds), *Qu'est-ce que le care ? Souci des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : Payot, 2009.

MORILLON L., « Le journal de communication interne, un agent des enjeux stratégiques organisations », *Semen*, n°28, 2009, p. 33-51.

MOSCOVICI S., *Psychologie sociale*. Paris : Presses universitaires de France, 1984.

MOSCOVICI S., Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire. **Dans** : Jodelet D., *Représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, 1989.

MOSCOVICI S., « Pourquoi l'étude des représentations sociales en psychologie. », *Psychologie et société*, vol. 4, n°4, 2001, p. 7-27.

MUCCHIELLI R., « Dynamique des groupes: connaissance du problème. Applications pratiques. » *Techniques*, 1968.

MÜLLER B., PASQUALINO C., SCHNEIDER A. (dir.), *Le terrain comme mise en scène*. Lyon : Presses universitaires de Lyon, 2017.

NEVEU E., « La société de communication et ses interprètes », *Réseaux. Communication - Technologie – Société*, n°64, 1994, p. 9-27.

NOËL-HUREAUX E., « Le care : un concept professionnel aux limites humaines ? », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 122, n°3, 2015, p. 7-17.

OLIVESI S., *La communication au travail. Une critique des nouvelles formes de pouvoir dans les entreprises*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble, 2006.

OGIEN A., « L'hôpital saisi par la quantification une analyse de l'usage gestionnaire de la notion de qualité », *Sciences de la société*, n°76, 2009.

PACCIONI A., SICOTTE C., « L'accréditation des services de santé de première ligne l'amorce d'une nouvelle culture organisationnelle ? », *Sciences de la société*, 76 | 2009, [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/sds/9387>> (consulté le 20/08/2021).

PAILLE P., « L'analyse par théorisation ancrée. », *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181; 1994.

PAILLE, P., Chapitre 3. L'analyse par théorisation ancrée. **Dans** : Santiago Delefosse M., éd., *Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé* (pp. 61-83). Paris: Dunod, 2017.

PAILLE P., MUCCHIELLI A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin, 2016.

PELLEGRIN P., (dir.), *Intégrales de Philo-ARISTOTE, Politiques (Livre 1)*. Paris ; Nathan, 2014.

PETITET V., « La gouvernementalité managériale. » *Études de communication. Langages, information, médiations*, n°28, 2005, p. 31-44.

QUÉRÉ L., *Des miroirs équivoques*. Paris : Aubier, 1982.

RASTIER F., BOUQUET F., (dir.), *Une introduction aux sciences de la culture*. Paris, Presses universitaires de France, 2002.

RIONDET O., « Les réseaux de santé : enjeux de recomposition et de coordination des domaines d'intervention des professions », *Sciences de la société*, 76 | 2009, [En ligne] URL : <<http://journals.openedition.org/sds/9284>> (consulté le 20/08/2021).

ROTHIER BAUTZER E., « Care et profession infirmière », *Recherche & formation*, vol. 76, no. 2, 2014, p. 93-106.

SANTIAGO-DELEFOSSE, M., L'activité du chercheur entre objectivisme et subjectivisme. Un révélateur de la tension entre théorie et terrain ? **Dans** Paillé P. (Ed.), *La méthodologie qualitative, postures de recherche et travail de terrain*. Paris : Albin Michel, 2006, p.201-223.

SOULEZ G., « "Ils sont là, je ne les vois pas, je leur parle" : La présentation est-elle une nouvelle médiation ? », **dans** Médiations sociales, systèmes d'information et réseaux de communication. Actes du XIe Congrès national des Sciences de l'information et de la communication, Université de Metz, 3-5 déc. 1998. Paris : SFSIC.

SCHWATZ S., « A Theory of Cultural Values and Some Implications for Work », *Applied Psychology*, Volume48, Issue 1, 1999, p.23-47.

SCHWATZ S., et al., « Basic Personal Values, Core Political Values, and Voting: A Longitudinal Analysis », *Political Psychology*, Volume 31, Issue 3, 2010, p.421-452.

STAI A., Réhabilitation de l'inscription des techniques numériques dans les structures de la modernité. **Dans** Martin-Juchat F., Stai A., (dir.), *L'industrialisation des émotions. Vers une radicalisation de la modernité ?* Paris : L'Harmattan, 2016, p.15-37.

STRAUSS A., CORBIN J., *Basics of Qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage, 1998.

SUPIOT, A., et al., « Les Relations de travail dans les services publics. », *Droit social*, n°12, 1989, p. 777-821.

THOMAS F., « Dispositifs narratif et argumentatif : quel intérêt pour la médiation des savoirs ? ». *Hermès. Cognition, communication, politique*. n° 25, 1999, pp. 219-232.

TRONTO J., *Le risque ou le care ?* Paris : Presses Universitaires de France, 2012.

VACHER B., « Articulation entre communication, information et organisation en SIC. », *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 1/2009 (Volume 2009), p. 119-143. [En ligne] URL : <www.cairn.info/revue-les-enjeux-de-l-information-et-de-la-communication-2009-1-page-119.htm> (consulté le 15/04/2016).

VIARD P., *Le soin-communicant. Un espace de médiation en vue de la construction d'une professionnalité soignante*, thèse de doctorat en Science de l'Information et de la Communication, dirigée par Bonnet J., Université de Bourgogne, 2014.

WAELE (DE) F. J. « TheSanctuary of Asklepios and Hygieia at Corinth », *AJA*, n°37, 1933, p.417-51.

WALLON H., *Les origines du caractère chez l'enfant*. Paris, Presses Universitaires de France, 1987 (1re éd. 1930).

WEICK K. E., *The social psychology of organizing*. New York : Random House, 1979 (1ère édition : 1969).

WEICK K. E., *Sensemaking in organizations*. London: Sage, 1995.

WEICK K. E., *Making sense of the organization*. Malden : Blackwell Publishers, 2001.

WEBER M., *L'Éthique protestante et l'Esprit du capitalisme*. Paris : Plon, 1905 | 1964.

WEBER M., *Essais sur la théorie de la science*. Paris : Plon, 1922 | 1992.

WEBER M., *Economie et société*. Paris : Plon, 1922 | 1995.

WINKIN Y., *Anthropologie de la communication. De la théorie au terrain*. Paris : Seuil, 2001 (1re éd. 1996).

WINKIN Y., *Vers une anthropologie de la communication*. Dans : Jean-François Dortier éd., *La Communication: Des relations interpersonnelles aux réseaux sociaux*. Auxerre: Éditions Sciences Humaines, 2016, p. 97-104.

WITTORSKI R. (dir.), « La compétence au travail », *Éducation permanente*, n° 135, 1998-2 p. 7-166.

ZARIFIAN P., *Travail et communication : essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*. Paris : Presses Universitaires de France, 1996.

ZARIFIAN P., Intercompréhension et coopération dans le travail, Intervention lors de la journée du 25 janvier 2005, organisée par l'Institut de formation des cadres de santé du Centre Hospitalier Universitaire de Dijon. [En ligne] URL : <<http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page122.htm>> (consulté le 24/08/2021).

ZOLLER H. M., « What are health organizations? », *Management Communication Quarterly*, 24(3), 2010.