

L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE : « UNE CADRE ATTITUDE » POUR L'ÉVALUATION DES PERSONNELS HOSPITALIERS

F. SOLER

Longtemps, l'hôpital a représenté un univers où se mêlaient dévouement, souffrance, espoir et mort, où le maître mot était la charité. Le poids de l'histoire peut ainsi expliquer la frilosité des hospitaliers à entrer dans une culture du rendement, de l'efficacité, de l'évaluation et de la performance. Ainsi, le paradoxe entre les perpétuelles mutations conjoncturelles, la lourdeur du système bureaucratique et la lenteur de l'évolution culturelle amènent à centrer nos préoccupations sur la force vive de l'hôpital : les professionnels.

La gestion des ressources humaines à l'hôpital

Selon Gérard Vincent, délégué général de la Fédération Hospitalière de France, (cité par Abbad, 2001), « Rien n'est plus compliqué que de gérer les ressources humaines. Mais si difficile que soit ce domaine, il n'en demeure pas moins aussi beau qu'essentiel car, en touchant aux personnes mêmes, il touche la raison d'être de l'hôpital ». Cette citation corrobore le fait que les personnels représentent la première richesse de l'hôpital. De plus, la sociologie des organisations affirme que les leviers du changement sont ceux qui s'organisent autour de l'individu. Malgré ces certitudes, les rapports récents sur l'organisation du travail à l'hôpital démontrent une profonde frustration des professionnels, un sentiment de non reconnaissance et d'impuissance à faire face aux contraintes de la fonction publique hospitalière, aujourd'hui. En effet, les actions portées sur la gestion des ressources humaines ne sont jamais sans conséquence, du fait du volume qu'elle représente (70 % du budget d'un hôpital) et de la force d'intervention puissante qu'elle constitue. Cela suppose une conception de la gestion des ressources humaines plus managériale, où le personnel est considéré comme une source de performance.

L'évaluation est au service de l'adéquation poste à pouvoir/compétences acquises, de la synergie entre les besoins collectifs de la structure et les besoins individuels de réalisation personnelle au travail. L'objectif de l'évaluation est de rendre stratégiquement opportun pour les individus ce qui est souhaitable au niveau opérationnel pour l'établissement. Dans cette dimension managériale, le rôle du cadre de santé est primordial. Le personnel paramédical représente, en moyenne, 75 % de la population salariée d'un établissement.

Persuadé qu'un autre chemin existait dans le management des équipes, il est essentiel de s'intéresser au concept « d'intelligence émotionnelle » et de son intérêt, notamment dans la « posture » de cadre de santé en situation « d'entretien annuel d'évaluation ».

Aujourd'hui, le défi auquel sont confrontées les entreprises du monde entier est précisément de cultiver la compétence émotionnelle de leurs dirigeants, clé de résonance collective et de l'épanouissement individuel. Mais, la réalité du terrain nous interpelle et l'on constate une fragmentation dans les rapports humains. Notamment, lors de l'entretien annuel d'évaluation des personnels hospitaliers. Celui-ci s'apparente parfois à un moment particulier, où chacun

règle ses comptes dans un rapport dichotomique « évalué – évaluateur ». Ici, la charge émotionnelle est perceptible et selon la posture du cadre de santé, l'entretien annuel d'évaluation peut prendre une dimension toute particulière.

La problématique

De nombreux écrits témoignent d'une part que l'évaluation du personnel est une tâche complexe que l'évaluateur exécute davantage par obligation. D'autres écrits indiquent aussi qu'il est souvent difficile pour un évaluateur de trouver une appréciation qui reflète fidèlement la valeur de l'agent. Mais ces écrits soulignent d'autre part que les objectifs des évalués ne sont pas toujours définis. Les évalués ne sont pas informés de ce que l'on attend d'eux, du résultat escompté. Le système très scolaire est infantilisant, désuet, rigide, inerte. Les critères sont vagues et ne prennent pas en compte les réalités du terrain, alors que le principe même de l'évaluation, c'est de fournir à l'individu les bases lui permettant d'améliorer ses pratiques professionnelles.

La notation des agents à l'hôpital date de 1959 ; elle s'appuie sur des critères inappropriés à l'évolution du système et ne constitue pas un outil dynamique permettant de fixer des objectifs. L'évaluation est une composante de la gestion des ressources humaines ; cet acte n'est pas toujours atteint de façon satisfaisante et peut-être frustrant pour les évaluateurs et les évalués. Ce constat laisse supposer que les acteurs de l'évaluation éprouvent une insatisfaction face au mode actuel de l'évaluation.

Par ailleurs, on constate que l'évaluation du personnel est une préoccupation première des pouvoirs publics. Les ordonnances de 24 avril 1996, par le biais de l'accréditation, le prouvent en interrogeant les établissements sur la mise en place de procédures périodiques. En effet, anticiper le choc démographique est une réelle opportunité pour adapter les ressources humaines aux missions et priorités des institutions, pour développer les compétences des individus et maintenir la motivation de chacun. La diminution des durées moyennes de séjour, l'augmentation de la charge en soins, la tarification à l'activité forcent à repenser aux moyens humains et aux compétences nécessaires pour obtenir une organisation efficiente, performante et réactive. Pourtant, face à cette mouvance, les rapports font le constat d'une forte rigidité en matière de gestion des personnels, notamment en matière d'évaluation des compétences, d'implication et d'intéressement des individus au travail. Le dispositif administratif d'évaluation des personnels est jugé infantilisant, peu pertinent, peu responsabilisant, peu motivant car basé essentiellement sur la progression de carrière et la gestion des rémunérations dans un cadre législatif rigide.

Malgré les incitations législatives de la loi hospitalière de 1991, puis les obligations de développer les dispositifs d'évaluation dans les ordonnances d'avril 1996 et notamment au travers de la procédure d'accréditation, force est de constater que la culture de l'évaluation tant des pratiques, que des compétences, n'est pas encore ancrée dans les établissements hospitaliers.

Le concept d'évaluation

L'évaluation : « un processus ». S'interroger sur l'évaluation revient à répondre à la question: à quoi sert-il d'évaluer ? Pour J.-J. Bonniol & M. Vial, (1997) « évaluer c'est réguler ». Ils ne considèrent pas l'évaluation comme l'élaboration d'un jugement de valeurs mais comme une articulation suscitant un aller-retour entre les produits, les procédures et les processus. Ce va et vient, en favorisant l'ouverture du champ de l'évaluation, permet de « conceptualiser un ensemble d'éléments contradictoires et complémentaires [...] ». L'évaluation est un cycle en spirale qui s'inscrit dans un processus continu et repose sur des critères élaborés

en commun servant à mesurer des comportements. L'évaluation est un acte continu contractuel et consensuel facilitant un échange d'informations entre évaluateur et évalué à partir d'objectifs. L'évaluation : « une démarche ». Leteurre (1999) inscrit l'évaluation dans une démarche itérative, rétroactive, structurée et mobilisatrice partant de la définition d'objectifs ; de la prescription des activités et des procédures visant à l'atteinte de ces objectifs ; de l'élaboration d'indicateurs facilitant la mesure des effets de chaque activité. Une telle démarche d'évaluation qui suscite des interrogations inter- reliées repose sur des notions de partage, de clarté, d'adaptabilité et de motivation. C'est une démarche qui favorise l'implication du professionnel ; le champ de l'évaluation se précise et lui confère son sens et sa cohérence.

Le concept des compétences émotionnelles dans le champ de l'évaluation

Les compétences émotionnelles sont une forme de connaissance socialement élaborée et partagée par la communauté scientifique, avec une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social. Elle est également désignée comme « intelligence interpersonnelle » ou « intelligence sociale », « résonance ».

On reconnaît généralement que les compétences émotionnelles en tant que système d'interprétation régissent notre relation au monde et aux autres ; orientent et organisent les conduites et les communications sociales. Elles interviennent dans le processus de la diffusion et l'assimilation de connaissances, le développement individuel et collectif, la définition des identités personnelles et sociales, l'expression des groupes et les transformations sociales. En tant que phénomène cognitif, elles engagent l'appartenance sociale des individus avec les implications affectives et normatives ; avec les extériorisations d'expériences, de pratiques, de modèles, de conduites et de pensées. Ce qui explique que les compétences émotionnelles revêtent une grande importance dans la vie sociale et apporte un éclairage sur les processus cognitifs et les interactions sociales. Une réflexion approfondie concernant les compétences émotionnelles des acteurs de l'évaluation peut conduire à une décision efficace pour améliorer l'existant. Il s'agit de comprendre la représentation des autres, de façon à élargir notre propre représentation et nous guider dans notre action.

En tant que cadre de santé, nous avons pu observer qu'il y avait plusieurs écueils dans les pratiques d'évaluation des personnels hospitaliers. C'est une tâche complexe que l'évaluateur exécute selon ses capacités cognitives mais surtout selon un cadre réglementaire et obligatoire. De plus, en fonction des situations de terrain, les évaluateurs feront varier leur posture (agent, acteur, auteur), selon les différents modèles d'évaluation (mesure, gestion, questionnement), mais aussi selon l'ambiance émotionnelle suscitée par l'entretien annuel d'évaluation. Les apports théoriques de la recherche ont révélé que les émotions sont reconnues par autrui et influencent les relations interpersonnelles. En retour, ces émotions évoquent des réponses de la part d'autrui qui modifient également la relation. Les comportements permettent en quelque sorte de faire partager à autrui ce qui est ressenti, de le faire participer à une situation qui est sociale. Dans un entretien, les comportements interagissent et finissent par trouver des points d'équilibre. Un évaluateur agressif va provoquer une tension chez l'évalué, mais, à l'inverse la détente va contribuer à la sérénité de l'évalué.

La question de recherche

Pourrait-on imaginer qu'un évaluateur dont la posture tendrait à démontrer qu'il est possible – malgré la rigidité du système d'évaluation et malgré le contexte d'insatisfaction face au mode actuel de l'évaluation – de produire du sens, du lien social, de l'étonnement ? Serait-il

possible que les cadres de santé possèdent de manière intuitive et empirique des habilités à cultiver la « compétence émotionnelle » ?

À ce stade de notre questionnement nous prenons conscience que nous sommes pleinement inscrits dans une enquête de recherche psychosociologique qui vise l'étude d'un « cas particulier ». Et qu'il nous faut approfondir la question, ceci afin de comprendre, comment un individu face à l'adversité et à la démobilisation générale trouve encore ce qui fait sens, mais surtout arrive à entraîner dans sa dynamique son équipe.

La question essentielle qui se pose alors et à laquelle nous tenterons de trouver une réponse est : « *Comment l'intelligence émotionnelle peut-elle favoriser une nouvelle posture de l'évaluateur enfermé dans le cadre réglementaire de l'entretien annuel d'évaluation ?* »

La méthode de recherche

Les problèmes complexes auxquels s'attaquent les chercheurs, en l'occurrence en Sciences de l'Education, mais cela peut-être étendu au domaine de la santé, peuvent conduire à la recherche de méthodes s'inscrivant dans une même « vision du monde » car « *une méthode implique aussi un positionnement épistémologique* » (Vial, 2000).

Notre objet de recherche se réfère bien à une quête de compréhension du sens donné par le sujet « cadre de santé – évaluateur » à ses postures au regard de la dynamique de son équipe. C'est le vécu et le ressenti du sujet qui nous intéresse. Cet intérêt s'axe sur son cheminement, sa capacité à jongler avec les modèles de l'évaluation. Ses différentes postures qu'il prend en fonction des situations qu'il rencontre. Sa pratique dans l'emploi des compétences émotionnelles qui le distingue des autres évaluateurs. Ceci me permettra, de mieux comprendre dans quel paradigme cet évaluateur se situe t-il ?

Notre démarche semble bien s'inscrire dans une méthode clinique telle que la définit Eymard (2003), « *La méthode clinique, elle, s'intéresse à la clinique du sujet / sujet en tant qu'être humain ayant conscience d'être au monde* ». C'est une méthode qui se situe dans le paradigme vitaliste, compréhensif, et qui s'intéresse à la singularité de l'individu ; elle nous a semblé être la plus adaptée à notre objet de recherche. « L'objet de la méthode clinique est l'étude approfondie de cas individuels, c'est-à-dire des déterminants ...biographiques...de la conduite du sujet observé » (Grawitz, 2001).

Sa caractéristique est la primauté de l'information et de l'observation, portant sur la totalité des manifestations d'un être humain. La position du clinicien est celle de l'écoute, d'une attention portée aux associations libres du sujet, à la manière dont les énoncés, pensées et paroles, silences s'agencent dans le discours. Le chercheur, en permettant de faire un travail sur la réalité de la relation, fait que cette méthode conduit à développer un questionnement.

Cette maïeutique du langage est un objet privilégié pour le clinicien car il véhicule du sens :

- **Sens manifeste** : il traduit des énoncés porteurs de sens conscient. Un mot ou une expression peut simplement témoigner d'un contenu conscient qui cherche à se communiquer.
- **Sens latent** : il transmet aussi du sens inconscient à travers les lapsus, les mots d'esprit, les dénégations, les associations, les dissociations, les ruptures dans le discours...Un mot ou une expression revenant fréquemment et attaché à plusieurs situations peut révéler des processus psychiques particuliers (processus d'identification par exemple).

Le langage vise aussi à produire un effet en sensibilisant le clinicien au dire et à la manière de dire (narration, récits de rêves, par exemple). On observe également des manières d'être, des attitudes, des comportements qui peuvent nous renseigner sur la vie émotionnelle et affective du sujet. Nous nous intéresserons uniquement à la communication verbale du sujet

retenu. Nous cernerons notre objet de recherche en déclinant l'observation clinique en sous méthode qui sont : « *la clinique de l'écoute, la clinique de la relation et celle du discours* » (Eymard, 2003). La méthode clinique procède donc d'une interaction verbale où le discours du sujet écouté n'est pas donné d'emblée mais est le résultat d'une « co-construction ».

Le dispositif de recherche

- **L'entretien semi directif** : Grawitz (2001) définit l'entretien comme, « *un procédé d'investigation scientifique, utilisant un processus de communication verbale, pour recueillir des informations, en relation avec le but fixé* ». Notre choix s'est porté sur l'entretien semi directif car, au regard de notre objet de recherche, il nous permet de recueillir des informations et des éléments de réflexions riches et nuancés. De plus, la reformulation, nécessaire à l'entretien non directif, est une technique à laquelle nous n'avons pas été formée. Ainsi, l'entretien semi directif, outil, ni entièrement ouvert, ni canalisé, permet à l'interviewé de s'exprimer naturellement, sans retenue, et ses propos souvent spontanés, reflètent l'état du moment. En effet, Eymard (2003), énonce que « *le centre d'intérêt du chercheur est l'individu en tant que sujet singulier, son récit, son histoire, sur le phénomène mis à l'étude par le chercheur* ». L'entretien semi directif vise à obtenir des informations sur les perceptions, les états affectifs, les jugements, les opinions, les représentations des individus à partir de leur cadre personnel de référence et par rapport à des situations actuelles.
- **L'outil** : « Le guide d'entretien » : cet outil se caractérise par l'identification, en amont, de thèmes et sous thèmes à aborder pendant l'entretien et il permet au chercheur, par des questions préparées à l'avance, de recueillir des données sur les thèmes non abordés spontanément par l'interviewé. Ces questions se présentent sous la forme d'un guide d'entretien.

Après avoir débuté l'entretien par une question inaugurale, d'ordre plus ou moins général, nous avons préparé deux questions afin d'orienter notre cas clinique dans le sens de notre recherche :

- Pensez-vous que posséder des compétences émotionnelles favorise un climat de confiance lors de l'entretien d'évaluation ? (Q1)
- qu'est-ce qui fait qu'aujourd'hui, en lien avec les savoirs savants et expérimentiels que vous avez accumulés, vous pouvez vous considérer comme un évaluateur différent des autres? (Q 2) ;
- selon vous, qu'est ce qui est important dans la posture de l'évaluateur lors de l'entretien annuel des personnels de santé ? (Q 3)

- **Les limites de l'outil** : Le récit, au cours d'un entretien, est toujours fonction d'un sujet. Il se situe entre le souvenir de l'auteur, la cohérence qu'il a besoin de donner à son existence, l'image de son existence qu'il souhaite projeter, les justifications de ses actes qu'il désire présenter aux autres, le tout dans un contexte donné. Le récit n'est donc pas le témoin fidèle de ce qui a été vécu par l'auteur. De plus, le risque est que le narrateur produise une histoire qui, sans être une fiction, devienne un arrangement destiné à produire un effet de satisfaction chez l'enquêteur. Le choix du narrateur doit donc se faire en fonction de sa participation à des situations, en rapport avec l'objet de recherche. En tant « que néophyte dans la posture d'un cadre de santé chercheur », je suis partie prenante de la recherche, aussi, l'interaction qui se produit entre « l'interviewé » et moi, sera prise en compte lors de l'interprétation des données.

• **Le terrain et la population** : Le champ des pratiques sociales et des sciences humaines s'intéresse aux cas cliniques qui concernent aussi bien le chercheur que le praticien. Ils ne peuvent pas, certes, être confondus, mais ils conservent des points communs. Il existe pour chacun d'eux la relation d'un intervenant avec des « objets sujets », faite d'interactions, dans un objectif qui est la réalisation de projet tel que « l'élaboration des repères nécessaires à l'intelligibilité des pratiques » (Ardoino, 2000). De fait, notre thème de recherche nous semblait trouver un substrat clinique auprès d'un cadre de santé (service A, d'un Centre Hospitalier Universitaire de la région Languedoc-Roussillon) et nous avons donc souhaité approfondir notre questionnement par un entretien plus détaillé sur le thème de notre recherche. La population de l'enquête se compose alors, d'un seul échantillon en la personne de ce cadre de santé qui est le plus en résonance avec notre problématique de recherche. En méthode clinique, l'approche est qualitative, ce n'est donc pas le nombre de sujets rencontrés qui fait la qualité de la recherche. Mais plutôt la quintessence « du reste » de ce qui n'est pas commun, qui est de l'ordre du créatif, de l'habileté à vivre les événements.

Le traitement des données

Les données recueillies sont le fruit de réactions subjectives de la part de l'interviewé, en relation avec la situation que l'on souhaite analyser. La retranscription de l'entretien, préalablement enregistré, permet d'effectuer une analyse de contenu consistant à dégager l'ensemble des réponses émises par notre cas clinique. Pour cela, il a été nécessaire de construire une grille de lecture théorisée de l'entretien qui permet de lire un contenu et de lui attribuer du sens. Donc le classement des réponses en unité de sens dans la grille permet de vérifier la véracité des critères et des indicateurs retenus qui sont liés à aux savoirs théorisés. La grille de lecture théorisée permet une interprétation des données invoquées dans la problématique théorique : modèle de l'évaluation, postures, intelligence émotionnelle.

• **Analyse de contenu** : Dans le cadre de mon travail de recherche en clinique, il est demandé de procéder à l'analyse de contenu de ce qui a été verbalisé, de la parole, du signifié. Il faut pour cela faire appel aux théories du langage qui peuvent apporter un éclairage pertinent et objectif. Elles énoncent en effet que plusieurs éléments ont une importance significative lors de l'analyse du contenu : ce qui est dit, comment cela est dit, à qui cela est dit. L'analyse thématique du contenu est nécessaire afin d'extraire des entretiens l'ordre des arguments et les niveaux de sens que comprend le discours. L'utilisation de l'observation clinique qui associe la clinique de l'écoute (écouter une personne raconter son histoire ou parler d'une expérience qui la touche implique qu'elle tienne compte des principes d'intelligibilité de soi et d'évitement du déplaisir. Ainsi, la prise en compte de l'interaction verbale ne recouvre pas la prise en compte des effets de l'intersubjectivité), la clinique de la relation (transfert, contre-transfert par exemple), la clinique du discours (toutes les informations verbales produites par le sujet durant l'observation sont susceptibles d'éclairer le fonctionnement de sa personnalité) conduit à une interprétation qui donnera un sens aux événements et aux phénomènes cliniques observés.

Par la traduction synthétique de l'entretien sous la forme d'une réduction à des unités fonctionnelles de sens, on peut voir émerger, sur le fil chronologique, des éléments singuliers ou récurrents. L'appariement des unités fonctionnelles de sens en « noyaux de sens » permet, par intégration de ceux-ci en catégories de sens, de recomposer « un autre propos à l'intérieur du discours ». La structuration du langage verbal (le non verbal n'est pas ici étudié), nous apporte des éléments d'analyse et la mise en évidence d'énoncées ou de jugements.

Le tableau synoptique (fig 1) déclinant les différentes unités fonctionnelles de sens laisse apparaître une contiguïté dans les réponses attendues. Cela pourrait s'interpréter par une cohérence dans le discours et par une intelligence multiple de notre cas clinique.

Unités Fonctionnelles	Question inaugurale	Question 2	Question 3
Noyau de sens	Compétences, conscience de soi	Reconnaissance, motivation	Sentiment, régulation
Catégorie de sens	Déterminants internes des comportements Activité psychologique	Respect Fragilité, Circulation des idées	Identification Etats subjectifs du moi
Recomposition du discours	Transfert, plasticité cognitive, congruence...	La motivation est le cœur des apprentissages...	Aider les autres à leur développement, Force et lacune...

Fig 1 : tableau des unités fonctionnelles de sens

• **Interprétation clinique** : La recomposition du discours laisse transparaître une orientation collégiale d'un travail visant à améliorer l'approche évaluative de l'entretien annuel d'évaluation, ceci dans le but de réorienter le débat vers un acte de médiation. La notion de transmittance est travaillée par l'évaluateur afin de créer chez l'évalué une influence qui activera une dynamique d'action et débouchera sur un changement cognitif de ses représentations sociales, créant ainsi de nouveaux schémas de pensée.

Part son comportement, notre cas clinique fait preuve d'un sens politique très travaillé qui prouve sa capacité d'être à l'écoute de son organisation, d'être capable de détecter les réseaux sociaux décisifs et de déchiffrer les relations de pouvoir clé. « Il faut découvrir les caractéristiques, la nature et les règles des jeux qui structurent les relations entre les acteurs et conditionnent leur stratégie » (Crozier & Friedberg, 1977). L'analyse stratégique est particulièrement utile dans la mesure où l'observation montre qu'il ne suffit pas d'avoir un bon projet ou une bonne solution pour qu'elle soit mise en œuvre. Les compétences de leadership de notre cadre apparaissent au travers de sa capacité adaptative à l'environnement dans lequel il évolue. C'est dans l'utilisation de ses savoirs théoriques et expérientiels qu'il puise sa force et son capital confiance. « L'intelligence émotionnelle recouvre certaines aptitudes, dont celle d'atteindre un équilibre intérieur permettant de communiquer avec les autres dans un sens positif, de comprendre son prochain, d'éclaircir les malentendus pour régler les conflits... » (Goleman, 1998). Une investigation de son histoire personnelle, de son enfance, du milieu socioculturel dans lequel il a grandi, nous apprendrait peut-être que la construction de son ego est le fruit d'attitudes parentales valorisantes et positives. Le coté iconoclaste de notre cas clinique montre que sa différence est un atout pour aborder cet acte managérial qu'est l'entretien d'évaluation. Il démontre qu'un vrai leader galvanise son équipe par la vision enthousiaste qu'il donne au projet de chacun par la valeur ajoutée que chacun peut représenter pour l'entreprise hôpital.

Nous retrouvons dans tous ces aspects la vérification de notre ressenti, évoqué au travers de notre question de recherche, à savoir que posséder des compétences émotionnelles favorise

un climat de confiance vis-à-vis d'autrui. Qu'une « cadre attitude » en terme de posture s'initie et se travaille par le biais de la formation continue tout au long de la vie professionnelle, mais aussi par l'échange de l'expérience lors de colloques professionnels.

Notre travail pourrait être complété par une analyse des gestes corporels, para verbaux et des indicateurs verbaux de notre interlocuteur. Un traitement des données recensées à partir d'une observation de notre entretien avec le cadre de santé retenu comme cas clinique donnerait une approche plus fine à notre étude. En cela, il faudrait décrypter les interactions sociales où le rôle du regard devient un support dans le maintien du lien social. Comme dans toute rencontre, la personne regarde moins son interlocuteur lorsqu'elle parle que lorsque qu'elle écoute. Ceci est particulièrement flagrant chez l'évalué qui fixe l'évaluateur quand celui-ci prend la parole. Pour l'évaluateur cet aspect doit être davantage modulé. L'évaluateur, en position d'écoute et d'énonciateur, propose dans l'ensemble un regard discontinu, c'est à dire que les yeux opèrent un mouvement de va et vient de l'évalué au bureau, aux mains...

Cette différence est conforme aux résultats décrits par Corraze (1980) qui explique justement que lorsque deux sujets ont des statuts différents, la fréquence des regards portés sur l'autre est différente. C'est toujours la personne en position « basse » qui regarde le plus souvent son interlocuteur. Le regard fixe d'une personne ayant un statut hiérarchique supérieur envoie souvent un signal de dominance. Le regard insistant produit alors un état de trouble. Pour réduire cette tension émotionnelle, l'évaluateur réduit la durée des contacts oculaires et détourne le premier les yeux. Ce comportement ayant la valeur d'apaisement permet de maintenir une relation complémentaire équilibrée.

Ensuite, il faudrait s'intéresser aux fonctions des gestes para verbaux où l'émotion va s'exprimer aussi par les petits mots reconnus comme appartenant pleinement à la langue orale et écrite. Cependant leurs valeurs sont à différencier. Les « donc », « mais », « alors », « enfin »... qui sont utilisés dans la langue écrite pour indiquer la progression et la logique du discours, reflètent surtout à l'oral l'état émotif du locuteur. La prise de parole est source d'anxiété et de stress, surtout lorsqu'elle est spontanée. L'utilisation fréquente de ces petits mots permet de corriger l'excès d'émotion. Ils sont des sortes « d'appui » qui font avancer le discours. Fernandez (1994), plutôt que d'opposer les « temps pleins » et les « temps vides » de la parole, préfère souligner la continuité et la gradation informatives. Ces indices involontaires de l'état émotif du locuteur permettent de corriger les hésitations et les embarras.

Enfin, nous prenons conscience que l'analyse des unités fonctionnelles de sens et l'interprétation clinique réclament des savoirs académiques et de terrain. Ces deux pratiques, qui ne vont nullement de soi, recèlent bien des chausse-trappes. Le but de cette démarche de recherche est d'investir de nouveaux champs de réflexion afin de mieux appréhender la réalité de nos pratiques. Il n'en reste pas moins que le sujet fait débat et qu'il faudrait réformer cet outil de management qu'est l'entretien d'évaluation afin de lui donner un sens et une finalité.

Discussion

L'objet de cette étude sur le développement, chez les cadres de santé, de compétences émotionnelles qui permettraient d'aborder l'entretien annuel d'évaluation comme un outil managérial de motivation et de reconnaissance d'autrui a été traité par l'observation clinique. Ce qui sous tend une asymétrie et une distorsion interprétative d'une théorie ou d'un fait révélé. La subjectivité tenant lieu de support analytique nous pousse à moduler notre discours. L'interprétation des résultats rend compte de la temporalité dans le fonctionnement

psychique et dans l'inscription du sens d'un évènement. Mais nous n'avons pas la prétention d'aller aussi loin dans notre analyse des données cliniques.

Quy Nguyen Huy (1999), professeur de stratégie et de management a en fait confirmé l'importance fondamentale du facteur affectif dans les situations de changement. Créer une nouvelle disposition qui donne une autre grille de lecture à l'entretien annuel d'évaluation, en le faisant évoluer de manière à insuffler une dynamique de progrès, est novateur. Tout cela s'apparente bien au concept de leadership de résonance : diriger et motiver par l'intelligence émotionnelle décrite dans les travaux de Goleman, Boyatzis et Mckee (2002) pour qui « Les leaders qui utilisent des styles qui font naître la résonance modèlent des normes qui soutiennent la détermination, l'implication, la poursuite active de la vision et des relations de travail saines et productives ».

Nous reconnaissons que ce travail aurait mérité un recrutement plus important en terme de personnes interrogées sur le sujet, comme les directeurs des ressources humaines, le directeur coordonnateur des soins...etc. Il aurait fallu aussi développer d'autres axes d'études comme celle de l'ethnos et vivre l'entretien annuel d'évaluation avec les protagonistes et caméra au poing, imprégner sur la pellicule la dimension émotionnelle brute, sans coloration d'une quelconque interprétation subjective, puis décortiquer l'atmosphère, les signes, les gestes et en faire la critique.

Force est de constater que l'intérêt des résultats de cette étude est directement transposable et exploitable pour ma pratique professionnelle en tant que cadre de santé. Cela invite à porter le débat à des niveaux hiérarchiques supérieurs et travailler à des pistes de réflexion sur la création de nouveaux outils d'évaluation prenant en compte « la logique du reste » Vial, (2005), au sens de « l'écart acceptable ». Mais, je reste sceptique quant à la véracité du propos. La culture managériale de l'entreprise publique ne pousse pas les individus aux défis, aux challenges, à l'effort. Ou, si elle le fait, on s'aperçoit que les moyens s'évanouissent vite. On passe d'un projet à un autre sans concertation : cela crée un sentiment de frustration. Alors comment le manager tire-t-il sa force intérieure afin d'aborder avec honnêteté les vérités pénibles ? Qu'est-ce qui permet à un chef de motiver ses collaborateurs à faire de leur mieux et à rester fidèles à leur service ?

Ce questionnement montre qu'il reste encore du chemin à parcourir, des formations à dispenser, afin que les leaders créent un climat émotionnel favorable aux innovations, à la performance et au rayonnement de l'individu devenu un homme libre par la conscience de soi, la gestion de soi, l'intelligence interpersonnelle et sociale...

L'évaluation, composante de gestion des ressources humaines, est une étape logique et inévitable dans la démarche qualité. Outil de management, elle favorise l'optimisation de la contribution et des compétences de chacun, dans l'attente de performance. Évaluer, c'est être à la recherche de l'efficacité ; c'est aussi une nécessité qui répond à un besoin ressenti par ses acteurs, objectivement motivés. En s'appuyant sur le dialogue, l'écoute, la contractualisation des objectifs, l'évaluation permet une implication et une responsabilisation de chacun à son niveau.

Des préalables sont indispensables à la mise en œuvre de l'évaluation. La mise en place de cette démarche d'évaluation s'opère nécessairement au travers du processus de conduite de changement. Il s'agit pour le cadre de santé de passer d'un état stable connu à un état stable inconnu. L'approche par le concept d'intelligence émotionnelle est un défi auquel sont confrontés les managers en terme de posture à prendre afin de mieux appréhender les changements à conduire en matière d'évaluation des personnels. Avec les ordonnances de 1996, l'évaluation se tourne vers les objectifs et les résultats atteints et implique évaluateur et évalué en s'appuyant sur une pratique quotidienne et des bilans d'étapes réguliers.

L'hôpital, comme toute entreprise, a besoin de l'initiative de son personnel. C'est cette part imprévisible et spontanée de l'action qu'il cherche à développer par la motivation. Un agent motivé prend de l'initiative, et un agent qui prend de l'initiative se motive. Il y a une spirale de motivation. Moins un salarié prend des initiatives, moins il se motive ; son travail perd du relief, de l'intérêt. Il s'inscrit dans un cycle régressif, préjudiciable au développement de l'organisation. Il y a donc une spirale de démotivation. Mais la motivation n'est pas un état, c'est un acte managérial au service de l'efficacité de nos organisations. Si la motivation est une force et que l'encadrement et les effets de cette force dépendent fortement des projets de l'individu dans un contexte donné, la motivation du personnel revient à se poser la question du sens dans ce processus. On peut considérer que le terme « sens » a deux niveaux : « objectif de vie », qui renvoie aux aspirations et « sentiment intérieur », les choses ont une signification. On peut néanmoins se demander si l'entreprise qui veut gérer « les valeurs » ne se trompe pas parfois de niveau. Bien souvent, elle offre du « sens objectif » alors que c'est du « sens signification » dont les personnels ont d'abord besoin pour accroître leur motivation. Le sens signification est primordial pour adhérer au quotidien aux pratiques de tous les jours.

Alors, les évalués deviendront ainsi acteurs de leur évaluation et les évaluateurs maintiendront la clé du système. Pour ce faire, il faudra lutter contre le fait que la valeur « travail » ne soit plus un facteur de reconnaissance sociale et rappeler à tous la citation suivante : « *Le travail éloigne de nous le besoin, le vice et l'ennui* ». (Voltaire, 1759).

Bibliographie

- ABBAD J., *Organisation et Management hospitalier*, Paris : Berger-Levrault, 2001. 417p
- ARDOINO, J., *Les avatars de l'éducation*, Education et formation, PUF, 2000.
- BONNIOL, J.J & VIAL, M. *Les modèles de l'évaluation*, Paris : De Boeck et Larcier, 1997.
- CORRAZE, J., *Les communications non verbales*. Le Psychologue, PUF, Paris, 1980.
- CROZIER, M., & FRIEDBERG, E., *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris, 1977.
- EYMARD, C., *Initiation à la recherche en soins et santé*. Rueil-Malmaison. Editions Lamarre, 2003b, 243 p.
- FERNANDEZ, J., « *Les particules énonciatives* », Paris, PUF, 1994.
- GOLEMAN, D., *L'intelligence émotionnelle, Accepter ses émotions pour s'épanouir dans son travail*, 1998, Edition J'ai lu, Psychologie, Paris, 2005.
- GOLEMAN, D., BOYATZIS, R., & MCKEE, A., *L'intelligence émotionnelle au travail*. Village Mondial, 2002.
- GRAWITZ, M., *Méthodes des sciences sociales*. 11^{ème} édition, Dalloz, Paris, 2001.
- LETEURTRE, H., *L'évaluation des performances du personnel à l'hôpital*, ESF, 1999.
- QUY NGUYEN, H., *Emotional capability, emotional intelligence and radical change*, Academy of Management Review, volume 24, n°2, p. 325-345, avril 1999.
- VIAL, M. *La clinique dans le champ des Sciences de l'Education*. En question, cahier n°31, Université de Provence, Département Sciences de l'Education, 2000. p.99.
- VOLTAIRE, F., (1694 - 1778) *Candide ou l'optimisme*, Chapitre XXX, Conclusion, 1759.

Résumé :

Notre travail s'est intéressé à montrer d'abord la pertinence de notre constat de terrain qui déboucha sur l'étude sociologique d'un cas particulier. L'approche conceptuelle a été décryptée à partir des théories en sciences sociales énoncées par d'éminents chercheurs. Puis, pour valider notre question de recherche selon laquelle, posséder des compétences émotionnelles favoriserait une nouvelle posture du cadre de santé afin de mieux vivre l'entretien d'évaluation, nous avons utilisé une méthode clinique qui se fonde sur l'observation fine des individus et des situations et sur la retranscription de leur histoire sous la forme « d'étude de cas ». L'analyse des contenus fait ressortir que l'ensemble de nos rapport à autrui est traversé par des « attentes de reconnaissance » dans la mission de gestion des personnels par le cadre de santé. Elle souligne la nécessité de valoriser « la motivation par l'évaluation des performances » des agents au travail, de redonner du sens à l'action afin de pérenniser l'envie d'être acteur de son devenir et de la société.

