



---

**Directeur d'établissement sanitaire,  
social et médico-social**

Promotion : **2019 - 2020**

Date du Jury : **Décembre 2020**

---

# **FAIRE INSTITUTION**

-

**L'enjeu de l'identité au cœur des pratiques  
de communication interne en ESSMS**

---

**Teddy GIBOUIN**



---

# Remerciements

---

Tout d'abord, je voudrais remercier mon directeur de mémoire pour m'avoir guidé dans ma démarche. Je voudrais saluer sa disponibilité et ses conseils judicieux et toujours bienveillants.

Je voudrais adresser mes meilleurs remerciements à l'ensemble des professionnel-le-s de l'établissement dans lequel a été réalisée cette enquête de terrain. Je voudrais saluer en particulier leur disponibilité, leur bonne humeur et leur sens du service public qui a été pour moi une grande source de richesses durant ces quelques huit mois passés en leur compagnie. Je les remercie pour leur large contribution à ce travail et pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

Je voudrais également remercier la directrice de l'établissement qui, dans une attitude toujours positive et impliquée, m'a soutenu dans ce projet et a facilité sa réalisation.

Enfin, je voudrais saluer toutes les personnes ayant fait un retour critique de ce travail qu'il s'agisse du fond ou de la forme. Ces observations pertinentes et variées ont apporté beaucoup à ce travail.



---

# Sommaire

---

## Liste des sigles utilisés

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 LE CONSTAT D'UN PARADOXE DANS LA COMMUNICATION INTERNE.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 L'adhésion au cœur des enjeux de la communication interne en ESSMS.....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Communiquer en interne : un levier de management pour organiser le travail et pour favoriser l'intégration des professionnels .....	7
1.1.2 Communiquer en interne pour favoriser la participation sociale des usagers .....	8
<b>1.2 Les différentes modalités de la communication en interne .....</b>	<b>10</b>
1.2.1 La communication interne : un savoir-faire s'appuyant sur des outils de nature diverse .....	10
<i>Différents supports à la communication interne .....</i>	<i>10</i>
<i>Focus sur l'utilisation de l'outil numérique en ESSMS .....</i>	<i>13</i>
1.2.2 Communiquer en interne : un savoir être autant qu'un savoir-faire .....	14
<b>1.3 Des questionnements récurrents autour la communication interne au sein de l'établissement d'enquête .....</b>	<b>17</b>
1.3.1 Des données sur la communication interne globalement positives mais sujets à interprétation.....	17
1.3.2 Les instances de dialogue avec les usagers, des formes consacrées de communication interne qui ne fonctionnent pas toujours .....	19
<b>2 LA PERCEPTION INDIVIDUELLE VIS-A-VIS DE L'INSTITUTION : DES FREINS A LA CREATION D'UN SENTIMENT D'ADHESION .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 La théorie de l'acteur rationnel : un éclairage sociologique .....</b>	<b>23</b>
2.1.1 L'acteur est un stratège, mais il a ses limites.....	24
2.1.2 Le pouvoir est au cœur des relations sociales .....	25
2.1.3 L'expertise sociale du personnel soignant constitue un contre-pouvoir.....	27
<b>2.2 L'identité du résident au sein de l'institution : plusieurs manières de s'adapter .....</b>	<b>29</b>
2.2.1 Trouver son équilibre grâce à l'institution : participer à l'intérieur .....	30

2.2.2	Mener une vie personnelle au sein de la maison : la participation extérieure .....	30
2.2.3	Un impossible chez soi : une participation construite contre l'institution.....	31
<b>2.3</b>	<b>Un seul établissement mais trois identités distinctes .....</b>	<b>32</b>
2.3.1	Plusieurs écueils lors de la fusion qui a été génératrice d'un renforcement identitaire .	32
2.3.2	Une double identité entre secteur sanitaire et secteur médico-social.....	35
<b>3</b>	<b>S'INSPIRER DE LA COMMUNICATION EN SITUATION DE CRISE POUR ELABORER UN MODELE DE COMMUNICATION .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>La communication de crise, un contexte troublé mais qui a généré un sentiment d'appartenance .....</b>	<b>39</b>
3.1.1	Une communication de crise extrêmement structurée qui compense une forte évolution des directives.....	39
	<i>Focus : La crise sanitaire, une appropriation de l'outil numérique ? .....</i>	<i>41</i>
3.1.2	Une dimension symbolique forte renforçant le sentiment d'appartenance .....	42
3.1.3	Les effets positifs de la communication de crise sont-elles transposables au quotidien ? .....	43
<b>3.2</b>	<b>Quels prérequis pour élaborer une stratégie de communication qui favorise le sentiment d'appartenance ? .....</b>	<b>44</b>
3.2.1	S'imprégner du contexte de l'établissement et des stratégies à l'œuvre .....	45
3.2.2	Structurer sa communication en organisant les sujets dans le temps et l'espace : Elaborer un plan de communication.....	46
3.2.3	Utiliser le bon outil dans le bon contexte sans multiplier les supports .....	46
3.2.4	La relation interpersonnelle : un outil à ne pas sous-estimer mais sans outrepasser le rôle des acteurs de proximité .....	48
3.2.5	Le positionnement face à la réception de la communication : ne pas être sachant mais aidant .....	49
3.2.6	Schéma récapitulatif des éléments précités.....	49
	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>53</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>57</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

**AAH** : Attaché d'Administration Hospitalière

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CDU** : Commission Des Usagers

**CH** : Centre Hospitalier

**CHSCT** : Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

**CLIN** : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

**CLUD** : Comité de Lutte contre la Douleur

**CNG** : Centre National de Gestion

**COVIRISQ** : Comité des Vigilances, des Risques et de la Qualité

**CTE** : Comité Technique d'Etablissement

**CVS** : Conseil de la Vie Sociale

**D3S** : Directeur d'établissement Sanitaire, Social et Médico-Social

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins

**DP** : Délégués du Personnel

**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

**ETP** : Equivalent Temps Pleins

**NTIC** : Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication

**PAP** : Projet d'Accompagnement Personnalisé

**QVT** : Qualité de Vie au Travail

**RI** : Règlement Intérieur

**RSE** : Responsabilité Sociétale des Etablissements

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation



## Introduction

Dans le référentiel métier du directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social (D3S), l'une des missions principales énoncée est d'impulser : « *une politique de communication* » qui « *valorise l'image de son établissement auprès des partenaires internes et externes.* »<sup>1</sup>.

En effet, s'il y a une compétence de la fonction de directeur d'établissement qui semble au cœur de la pratique actuelle du métier, c'est bien la communication. La communication externe a effectivement un rôle de valorisation de l'image de l'établissement. En premier lieu, il s'agit de faire la promotion de son établissement. En effet, comme l'explique Iris Loffeier dans son ouvrage « *Panser des jambes de bois* »<sup>2</sup> dans un contexte de concurrence générale, l'établissement produit des discours publicitaires (LOFFEIER, 2015). Le livret d'accueil par exemple peut assurer ce rôle de publicité. Par ailleurs, faire la promotion de son établissement consiste également à expliciter les projets en cours ou créer un réseau sur son territoire.

### **Focus sur la communication interne**

En interne, la communication possède d'autres enjeux du fait qu'elle s'inscrive dans un contexte de changements organisationnels grandissant avec l'expansion des fusions et des directions communes. En effet selon le rapport de la DGOS sur les recompositions de l'offre hospitalière sur la période 2012-2014 :

*« Au total, 225 directions communes impliquant des EPS étaient répertoriées au 30 juin 2012 » dont « 118 liant des EPS à des structures médico-sociales [...]. Au 31 décembre 2014, 368 directions communes sont répertoriées, dont 163 sont constituées exclusivement entre structures médico-sociales et 205 impliquent des EPS. » De même, concernant les fusions, le rapport indique : « En 10 ans (entre le 31 décembre 2004 et le 31 décembre 2014), leur nombre a quasiment doublé en passant de 68 à 133 fusions. » De plus : « les fusions impliquant à la fois des établissements publics de santé et des structures médico-sociales, dites « fusions intersectorielles », tendent à se développer davantage ces dernières années : les fusions intersectorielles ont ainsi connu une augmentation de 20 % sur la période 2012-2014, lorsque les fusions intrasantitaires ont augmenté de 14 %. »*

Dans ce contexte de refonte de l'offre médico-sociale, communiquer en interne n'est plus une compétence facultative mais apparaît comme essentiel. Comme l'expliquent Sidonie Gallot et Christian Le Moëne dans leur article « *Information et communication en contexte de mutations organisationnelles et de crise managériale* » :

---

<sup>1</sup> DGOS – CNG, Référentiel D3S Mission

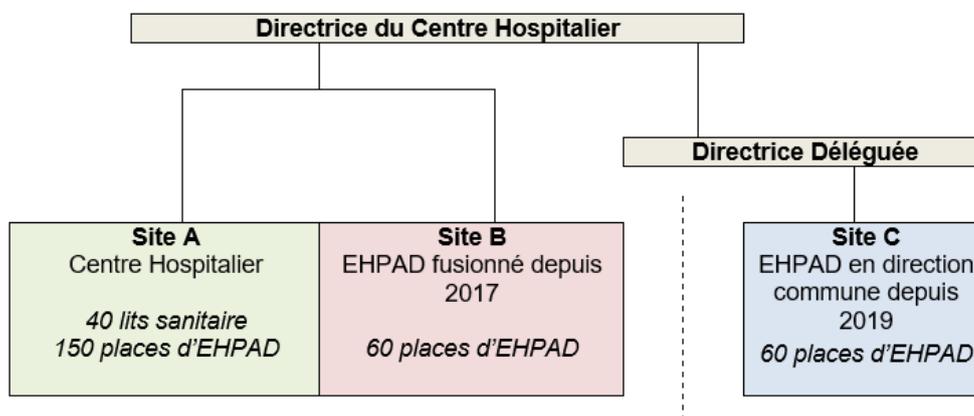
<sup>2</sup> Loffeier Iris, *Panser des jambes de bois ?*, Paris, éditions du PUF, 2015, 200p

« La complexité inhérente aux contextes environnementaux semble ainsi placer les pratiques d'information-communication au cœur des pratiques »<sup>3</sup>. (GALLOT et LE MOËNNE, 2015, p7)

En effet, la communication en interne n'est plus un supplément lié à des capacités personnelles qui ajouterait une plus-value à la pratique du métier mais un incontournable de la fonction que chaque directeur se doit de maîtriser. Cela a pu se vérifier au sein de l'établissement qui a constitué le lieu d'enquête et de réflexion sur cette question.

### **Présentation de l'établissement qui a constitué le terrain d'enquête**

Il s'agit d'un Centre Hospitalier (CH) dit de « proximité ». Cet établissement a une vocation majoritairement gériatrique et s'adresse plutôt, quel que soit son activité, à des personnes âgées en perte d'autonomie. Le CH dispose d'un secteur sanitaire de 40 lits composé de lits de médecine dont certains sont identifiés soins palliatifs et de lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Le CH dispose également d'un secteur d'hébergement de 210 places d'Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) répartis sur deux sites. Le premier site réunit le service sanitaire et une partie des services d'hébergement à hauteur de 150 places. Pour plus de facilités, nous l'appellerons : le CH ou site A. Le second site dispose de places d'hébergement à hauteur de 60 places. Nous l'appellerons : l'EHPAD fusionné ou site B. L'établissement est depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 en direction commune avec un autre EHPAD du territoire que nous appellerons site C.



La directrice actuelle est en poste depuis 2 ans. L'équipe de direction se compose d'une directrice, d'une directrice déléguée pour le site C, d'un Attaché d'Administration Hospitalière (AAH), d'un cadre supérieur de santé et de trois cadres de santé. L'équipe médicale est composée d'un médecin coordonnateur en médecine/SSR et de deux médecins coordonnateurs en EHPAD.

<sup>3</sup> Gallot, Sidonie. & Le Moëne, Christian. (2015). Informations et communications en contexte de mutations organisationnelles et de crise managériale. *Communication & management*, vol. 12(2), 5-12.

L'effectif total des agents, titulaires, stagiaires, contractuels à durée indéterminée et contractuels à durée déterminée - hors contrats aidés - est de 234 au 31 décembre 2019. Cela représente un Equivalent Temps Plein (ETP) moyen de 216,96.<sup>4</sup>

Le Centre Hospitalier entre dans une phase de reconstruction entière de ses locaux sur site. La fusion avec l'EHPAD qui constitue aujourd'hui le site B et la direction commune avec l'EHPAD qui constitue le site C - qui lui-même engage des travaux de reconstruction sur site - sont les leviers de la mise en place d'une nouvelle articulation. Ainsi, d'ici à 5 ans, les sites A (le CH) et C (l'EHPAD en direction commune) ouvriront les portes de leur nouveau bâtiment respectif. Les résidents du site B (l'EHPAD fusionné) iront vivre alors soit sur le nouveau site du CH, soit sur celui de l'EHPAD en direction commune. Cela permettra de procéder à la cession des locaux du site B (l'EHPAD fusionné) qui ne sont plus aux normes<sup>5</sup>. Le montant de cette opération de travaux est estimé à 44 millions d'euros. Il sera proposé aux professionnels des trois sites de choisir d'exercer soit sur le nouveau site du CH, soit sur le nouveau site de l'EHPAD en direction commune.

### ***État des lieux de la communication interne sur le terrain d'enquête***

Il a été constaté dans cet établissement que, malgré des outils de communication interne de plus en plus nombreux, la transmission d'informations était inégale et ne parvenait pas jusqu'à certains agents. A titre d'exemple, nous nous sommes rendus compte qu'un nouveau protocole distribué de manière égale au sein de l'établissement n'était pas connu de la même façon dans toute la structure. Ce constat a entraîné un questionnement sur la communication interne. De même, au détour d'une enquête réalisée sur la Qualité de Vie au Travail (QVT) des agents, une forte incompréhension et une résistance aux modalités de mobilité interne a pu émerger. Cela a provoqué l'étonnement de la direction et de l'encadrement car la mobilité interne est en place depuis de nombreuses années. Les modalités sont par ailleurs explicitées chaque année. Ainsi s'est posée la question suivante : y aurait-il un défaut de communication ? Ce premier constat a permis de questionner la communication interne et son efficacité dans la transmission d'informations.

### ***La communication interne ne se réduit pas à la simple transmission d'information***

De quoi parle-t-on vraiment quand il s'agit de communication interne ? Cette notion est à manier avec précaution car elle peut recouvrir de nombreuses réalités. Tout d'abord, si la notion d'information fait bel et bien partie de la communication, nous allons voir que la notion de communication interne est plus complète que cela. En ce sens, il est important d'emblée

---

<sup>4</sup> Données issues du rapport d'activité de 2019 de la structure

<sup>5</sup> Schéma récapitulatif disponible en annexe n°5

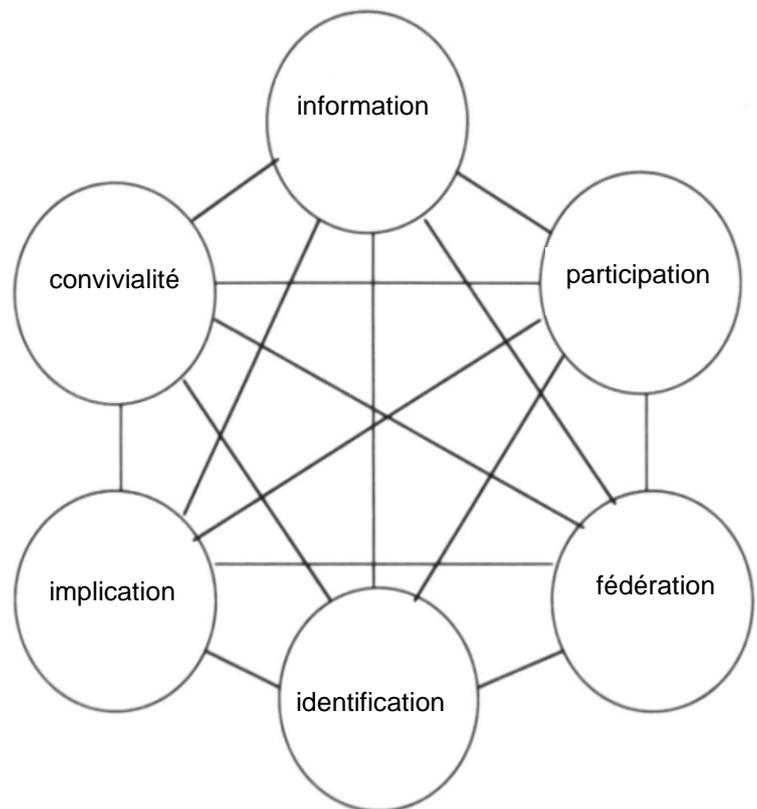
de bien différencier l'information de la communication même si ces deux notions sont intimement liées comme l'explique Yeny Serrano dans son article : « Dominique Wolton, *Informé n'est pas communiquer* » :

« La communication est plus complexe que l'information, car elle pose la question de l'autre. Définie comme la relation à travers laquelle les êtres humains cherchent à partager, séduire et convaincre, la communication englobe l'information. » <sup>6</sup> (SERRANO, 2010, p. 2)

Il y a dans la communication, une dimension réflexive qui laisse place à la manière dont l'information est réceptionnée. C'est cet aspect qui distingue la communication de l'information. La communication consiste en une mise en forme de l'information pour susciter une réaction.

### **Mise en forme de la problématique**

Comme nous allons le voir, la transmission d'informations n'est pas le seul enjeu de la communication interne. Il y a dans la communication six dimensions dont l'information. A l'instar du schéma ci-contre, issu de l'article de Christian Michon, « Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer »<sup>7</sup>, la communication se compose d'une dimension de participation, de fédération, d'identification, d'implication et de convivialité. (MICHON, 1994, p.5).



En plus d'être multidimensionnelle, la communication interne est multiforme. Elle peut être verticale, quand elle s'inscrit dans une logique d'organigramme, du bas vers le haut ou du haut vers le bas. La communication peut-être également horizontale, quand les pairs communiquent entre eux. Enfin, la communication interne s'adresse à une diversité d'acteurs. Elle peut être tournée vers les professionnels, mais elle concerne aussi les usagers de

<sup>6</sup> Serrano Yeny, « Dominique WOLTON, *Informé n'est pas communiquer* », *Questions de communication* [En ligne], 17 | 2010, mis en ligne le 23 janvier 2012

<sup>7</sup> Christian Michon, « Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer », *Communication et organisation* [En ligne], 5 | 1994

l'établissement. Ainsi, bien qu'étant au cœur des pratiques du métier de directeur, il semble bien difficile d'évaluer la fonction communication et sa pertinence dans la pratique interne. Les rapports d'audit contiennent d'ailleurs fréquemment des préconisations sur l'amélioration de la communication<sup>8</sup>.

Alors, comment en tant que directeur, s'y retrouver dans cette complexité ? Comment évaluer la pertinence d'une communication en interne ? Dans un monde qui a prôné la désinstitutionnalisation, comme le pointe le sociologue François Dubet dans « Le déclin de l'institution »<sup>9</sup> (DUBET, 2002) l'un des objectifs perpétuels et sous-jacents d'un directeur va être de « faire institution ». Qu'est-ce qu'on entend par faire institution ? Le « Faire Institution » pourrait se définir comme un processus dont le but est de faire adhérer les acteurs à l'institution pour générer un sentiment d'appartenance. Ce sentiment d'appartenance a pour objectif de créer une identité commune et donc une unité au sein de l'institution. Ici, nous allons partir de cette définition du « faire-institution » pour comprendre : **En quoi la communication interne peut être un outil pour « Faire institution » ?** Finalement, forte de ses différentes dimensions, comment la communication interne peut-elle être pensée, non pas seulement comme un moyen de transmettre de l'information, mais mise au service de cet objectif transversal ?

### ***Méthodologie de l'enquête***

L'enquête menée au sein de l'établissement s'est appuyée sur plusieurs modalités d'investigations différentes.

Tout d'abord, dans le cadre de la conduite du projet d'établissement et plus particulièrement au sujet du projet social, une enquête papier composée de 100 questions a été distribuée à chaque agent de l'établissement (233 agents) dans une enveloppe nominative. L'enquête a été menée du 23 décembre 2019 au 30 janvier 2020. Le but de cette enquête a été d'interroger les agents sur leur ressenti de leur Qualité de Vie au Travail afin d'identifier les points forts et les axes prioritaires d'amélioration. L'enquête a été menée sur les sites A et B mais pas sur le site C qui a mené sa propre démarche d'élaboration d'un projet d'établissement.

L'enquête a enregistré un taux de participation de 54% et a permis de recenser de nombreux commentaires utilisés pour illustrer le contenu de ce mémoire<sup>10</sup>. Cette participation s'explique par une présence accrue dans les services sur la période d'enquête. Afin de mobiliser les agents, des temps d'échanges formels et informels ont été prévus sur chaque site.

---

<sup>8</sup> Management systémique et dynamique de changement dans les ESSMS : faire face au défi de la complexité. *Les cahiers de l'actif*. n°492-495, août 2017

<sup>9</sup> Dubet François, *Le déclin de l'institution*, Paris, éditions du seuil, 2002, 421p

<sup>10</sup> L'ensemble des commentaires est disponible en annexe n°1

De plus, cinq entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien<sup>11</sup>. Ces entretiens ont été réalisés avec la directrice de l'établissement, le cadre supérieur de santé, l'une des cadres de santé, l'ingénieure qualité et la directrice d'un autre établissement sur un autre territoire<sup>12</sup>. Le premier entretien est retranscrit en annexe<sup>13</sup> à titre d'exemple.

Enfin, l'enquête auprès des usagers n'a pas pu être possible du fait du contexte de crise sanitaire. Ainsi, la partie sur les instances de dialogue avec les usagers et celle sur la reconstruction identitaire des résidents en EHPAD s'appuient sur un travail précédent sur la participation sociale des usagers que j'ai mené au sein du même établissement.

### ***Annnonce de plan***

Ainsi, nous allons voir que la communication interne, quand elle s'adresse aux professionnels et quand elle s'adresse aux usagers ne poursuit pas les mêmes objectifs. Pour autant, dans les deux cas, l'enjeu est de favoriser une logique d'adhésion. Pour ce faire, le directeur dispose d'une multitude d'outils qui s'inscrivent sur différents supports. La communication interne repose donc sur un savoir-faire. Elle repose également sur un positionnement professionnel : c'est le savoir être. Bien que ces deux logiques semblent acquises au sein de l'établissement, des questions demeurent quant à la communication interne.

Dans une seconde partie, nous verrons qu'il existe plusieurs freins à la réalisation de cet objectif d'adhésion. Certains sont le propre des institutions humaines et sociales au sein duquel les acteurs adoptent des stratégies individuelles. Ces stratégies individuelles s'illustrent également à travers la participation sociale des résidents qui ne revêt pas une forme unique. Finalement, il faut prendre en compte les différentes formes de constructions identitaires au sein de l'institution. Enfin, l'exemple concret de la fusion menée en 2017 nous permettra d'illustrer la pluralité d'identités qui demeurent au sein d'un même établissement. Il y a donc des freins institutionnels au sentiment d'appartenance.

Dans ce contexte, créer de l'adhésion grâce à la communication interne semble une tâche perpétuellement incomplète. Pour autant, nous verrons dans une troisième et dernière partie que les événements liés à la crise sanitaire du COVID 19 ont pu générer un formidable sentiment d'appartenance au sein de la structure. Comment alors reproduire ce sentiment d'appartenance hors période de crise pour tendre vers l'adhésion à l'institution ?

---

<sup>11</sup> Guide d'entretien disponible en annexe n°2

<sup>12</sup> Tableau récapitulatif des entretiens disponible en annexe n°3

<sup>13</sup> Retranscription d'entretien disponible en annexe n°4

# 1 Le constat d'un paradoxe dans la communication interne

Après avoir défini l'enjeu de la communication interne autour de la notion d'adhésion des professionnels et usagers, nous allons voir que celle-ci repose à la fois sur des savoir-faire (des outils) mais aussi sur des savoir-être (un positionnement). Ces deux dimensions semblent acquises au sein de l'établissement. Pour autant, la notion de communication interne est au cœur des réflexions de l'encadrement et la direction.

## 1.1 L'adhésion au cœur des enjeux de la communication interne en ESSMS

Les objectifs poursuivis en matière de communication interne ne sont pas les mêmes s'agissant de la communication envers les professionnels, où il s'agit de « faire ensemble », et celle des usagers, où il s'agit de promouvoir la participation sociale. Pour autant, il semble que les enjeux se rejoignent : il s'agit de créer dans les deux cas un sentiment d'adhésion à l'institution.

### 1.1.1 Communiquer en interne : un levier de management pour organiser le travail et pour favoriser l'intégration des professionnels

Dans « *La communication interne : une définition en évolution* »<sup>14</sup>, Nicole Giroux, professeure de communication des organisations à l'Université de Montréal, nous invite à ne pas penser LA communication interne mais bien LES communications internes. En effet, l'auteure définit trois types de communication interne que sont : la communication productive, la communication intégratrice et la communication organisante. Les deux premiers types de communication font partie d'une perspective fonctionnaliste quand la dernière s'intègre dans une perspective interprétative, chacune ayant une dimension différente. (GIROUX, 1994).

La perspective fonctionnaliste met plutôt l'accent sur la rationalité, elle s'intéresse à l'ordre, au consensus, ce qui fait tenir l'organisation ensemble. Elle se situe plutôt dans une perspective macrosociologique. Dans cette perspective fonctionnaliste, on distingue deux dimensions de la communication : la dimension productive, centrée sur le travail, les tâches à réaliser et la dimension intégrative, centrée sur l'être ensemble. Ainsi ces deux types de communication se distinguent par les objectifs qu'elles poursuivent. A cela s'ajoute la perspective interprétative qui se situe plutôt à un niveau microsociologique, centrée sur l'action individuelle des acteurs. Il s'agit de penser l'organisation comme une construction humaine. Ici est définie la

---

<sup>14</sup> Giroux Nicole, « La communication interne : une définition en évolution », *Communication et organisation* [En ligne], 5 | 1994

communication organisante, qui, selon Nicole Giroux, aurait pour but de faire tenir ensemble la conception productive et intégrative. Selon l'auteure, c'est cette communication organisante qui serait la plus réaliste à ce jour. Cette différence s'illustre concrètement par la manière dont on les définit. Ainsi, la dimension productive consiste à : « Faire faire » quand la dimension intégratrice consiste à « Être ensemble ». La communication organisante, quant à elle, fait tenir ensemble ces deux conceptions et se définit par : « Faire ensemble ».

Ainsi, les travaux de Nicole Giroux nous éclairent sur une première question : communiquer, pourquoi ? La communication interne vers les professionnels aurait donc deux objectifs. Elle est utilisée à la fois pour organiser et encadrer le travail, il s'agit de faire faire, et pour fédérer les acteurs, il s'agit de l'être ensemble. Cette seconde dimension n'est pas anodine et s'avère être fondamentale au sein d'une organisation dont les acteurs ne poursuivent pas les mêmes buts et dont l'être ensemble ne va pas de soi. Nous y reviendrons plus tard.

Ainsi, de par les différentes dimensions qu'elle mobilise et que nous avons définies en introduction : la participation, la convivialité, la fédération, l'identification et l'implication, la communication interne va chercher à générer une forme d'adhésion du personnel aux valeurs, aux missions et aux projets de l'institution. Comme décrit par Nadia Hassani dans son article « *Conduite du changement organisationnel : le paradoxe d'une intervention systémique brève et durable.* » :

*« Pour transformer la défiance en confiance, le manager [...], va chercher à mieux communiquer avec ses équipes et à obtenir leur coopération en stimulant leur désir de changer et de se mobiliser en instaurant un climat de confiance et d'écoute »<sup>15</sup>.(HASSANI, 2016, p.80)*

On communique donc en interne pour expliquer le bien-fondé d'un projet, d'un changement organisationnel, ou encore pour rassembler autour de valeurs communes. On cherche à informer, à impliquer, à faire participer, à fédérer, finalement à convaincre, pour faire adhérer au projet, au changement ou aux valeurs en question.

### **1.1.2 Communiquer en interne pour favoriser la participation sociale des usagers**

La communication avec les usagers poursuit des objectifs différents de celle d'avec les professionnels. Ici, il s'agit de faire valoir les droits des personnes hospitalisées et hébergées dans les établissements sociaux et médico-sociaux dans un esprit de participation sociale. Ces droits sont issus de deux grandes lois :

---

<sup>15</sup> Hassani, Nadia. (2016). Conduite du changement organisationnel : le paradoxe d'une intervention systémique brève et durable. *Communication & management*, vol. 13(1), 79-92.

Du côté sanitaire, la loi du 4 mars 2002 « *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* » a consacré plusieurs droits relatifs à la situation des personnes hospitalisées tel que : le droit à l'information, le consentement au soins ou encore le principe de non-discrimination. Du côté social et médico-social la loi du 2 janvier 2002 « *renovant l'action sociale et médico-sociale* » s'illustre par la mise en place de 7 outils que sont : le livret d'accueil de l'établissement, la charte des droits et libertés de la personne accueillie, le règlement de fonctionnement, la signature d'un contrat de séjour, le Conseil de la Vie Sociale (CVS), le projet d'établissement et la désignation d'un médiateur extérieur en cas de conflit. De plus, la loi rend obligatoire l'élaboration d'un projet d'accompagnement personnalisé (PAP) pour chaque résident dans les 6 mois suivant l'entrée en établissement. Si certains de ces outils sont avant tout des documents d'information - levier pour favoriser la participation des personnes - les autres sont de véritables dispositifs de personnalisation et de consentement à l'accompagnement. Il s'agit en somme de céder un pouvoir d'action pour promouvoir la participation des personnes à leur accompagnement.

Il s'agit ensuite d'affiner l'idée de participation sociale car la participation sociale ne doit pas être confondue avec la participation tout court. La participation à une activité d'animation ne suffit pas à créer une forme de participation sociale. On peut comprendre la participation sociale comme le fait d'être acteur de sa vie. Cela rejoint la vision d'Isabelle Astier dans « *Le travail social en débat(s)* »<sup>16</sup>, ouvrage d'un collectif de sociologues, paru sous la direction de Jacques Ion en 2005. Pour elle, l'utilité sociale se substitue à l'intérêt général. Dans l'utilité sociale, on donne les moyens à l'individu de se prendre en charge. Il est sommé de devenir lui-même, de se définir. Ainsi, il y a une évolution de l'institution qui est amenée à se centrer autour de l'individu qui devient la référence. Avec cela, c'est l'idée que les pratiques professionnelles ne sont plus seulement le fruit de politiques sociales mais aussi de situations concrètes auxquelles il faut s'adapter. Les interventions sont fondées sur une logique d'*empowerment* (donner du pouvoir d'agir). Il s'agit de travailler avec autrui et non plus sur autrui. (ASTIER, 2005). L'usager devient acteur de sa propre vie, il n'est plus objet de soins mais sujet de soins. C'est donc l'émergence de l'idée de participation sociale dans la relation de soins. Tout ceci est vecteur d'un mouvement de personnalisation de l'accompagnement auquel les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux n'échappent pas. Les équipes soignantes sont contraintes de s'adapter à l'individualité de chaque usager.

Cela devient une garantie de bonnes pratiques et de qualité d'accompagnement. Ainsi, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, par exemple, une grande

---

<sup>16</sup> Ion Jacques, Astier Isabelle, Autès Michel, Bessin Marc, Breviglieri Marc, Castel Robert, Chauvière Michel, Chobeaux François, Dubois Vincent, Laval Christian, Murard Numa, Pichon Pascal, Ravon Bertrand, Soulet Marc-Henry, Tissot Sylvie, *Le travail social en débat(s)*, Paris, éditions La découverte, 2005, 267p.

attention est portée au respect de la volonté du résident. On met en avant sa capacité à prendre des décisions. Marc-Henry Soulet<sup>17</sup>, dans le même ouvrage parle de la « modernisation » de l'état providence comme le fait de donner à chacun les moyens spécifiques qui lui sont nécessaires pour s'émanciper. (SOULET, 2005). On recherche donc la participation de la personne à son accompagnement et cela pour favoriser son adhésion à l'accompagnement, et donc son adhésion à l'institution. Les politiques publiques vont donc se munir d'outils spécifiques à la personnalisation des rapports, nous dit Marc Breviglieri<sup>18</sup> dans le même ouvrage, que sont les outils de la loi de 2002-2.

## **1.2 Les différentes modalités de la communication en interne**

Au-delà de la définition des objectifs de la communication interne, il convient d'en établir les modalités. Ainsi, la communication interne telle qu'elle est pensée au sein des établissements repose avant tout sur des outils. C'est le support qui devient le référentiel pour organiser cette communication. Elle est donc perçue comme un savoir-faire. Ce qui a pu être observé sur le terrain d'enquête, c'est que plusieurs outils de nature différents sont utilisés, ce qui donne, en fonction des situations, une dimension différente à la communication. Mais la communication interne ne se réduit pas au seul savoir-faire, et constitue aussi un savoir-être qui s'illustre dans l'établissement par une demande formulée des agents de soutien et de présence dans les services.

### **1.2.1 La communication interne : un savoir-faire s'appuyant sur des outils de nature diverse**

On peut établir facilement une liste d'outils couramment utilisés au sein de l'établissement d'enquête et ayant pour but de communiquer en interne. D'emblée, de par les observations effectuées sur ce terrain d'enquête, on pourrait diviser ces outils « classiques » en deux catégories : le support papier et la relation interpersonnelle, qu'il s'agisse de deux personnes ou de tout un groupe de personnes. Parmi ces deux types de supports, on peut définir plusieurs exemples de formes de communications qui présentent chacune leurs avantages et leurs limites.

#### **Différents supports à la communication interne**

Tout d'abord, sur un support papier, on peut parler de la note d'information qui constitue une des modalités de communication institutionnelle les plus communes et plus ancrées dans les

---

<sup>17</sup> Soulet Marc-Henry, Ibid. p.86-101

<sup>18</sup> Breviglieri Marc, Ibid. p.219-232

mœurs. Sur le terrain d'enquête, j'ai pu observer qu'elle était distribuée dans chaque service et sert bien souvent à énoncer ou réaffirmer une règle d'organisation du travail comme l'utilisation du véhicule de service, le rappel des horaires de travail, l'annonce de l'arrivée d'un nouveau professionnel etc. Elles s'adressent à tous sans distinction. Environ quatre-vingt notes d'informations sont éditées chaque année, c'est donc une modalité de communication simple d'utilisation et largement employée.

Néanmoins, de par leur nombre, ces notes ne participent pas à rendre le message lisible car elles sont affichées les unes à la suite des autres sans même parfois avoir pu être consultées par l'ensemble des équipes. Ainsi, comme le rapportent des agents de l'établissement :

---

*« Trop d'info tue l'info, beaucoup de feuilles. »*

**Femme, 41-55 ans, soignante en EHPAD**

---

*« Enormément de notes de service. Il me semble que dans un petit établissement les infos pourraient aussi être transmises oralement »*

---

**Femme, 31-40 ans, soignante en médecine/SSR**

Toujours sur un support papier, l'affichage au sein de l'établissement est également une modalité classique de communication interne destiné à transmettre une information générale et non ciblée. Des stratégies d'affichage existent au sein des établissements, avec, bien souvent, des espaces dédiés et centralisés. C'est le cas dans l'établissement où a été menée l'enquête, puisqu'un panneau d'affichage se situe à l'entrée du restaurant du personnel. Ce choix a été fait afin de « toucher » un maximum de professionnels. De plus, certains établissements mettent en place des outils de leur conception propre pour communiquer sur des thématiques particulières. Ces outils prennent la forme de journaux ou lettres internes. A titre d'exemple, au sein de l'établissement d'enquête, la lettre qualité - qui est mensuelle - est distribuée nominativement avec le bulletin de salaire.

S'agissant de la relation interpersonnelle, nous pouvons mentionner la réunion d'information générale où chaque professionnel est convoqué pour écouter des personnes compétentes s'exprimer sur des domaines de compétences qui leur sont propre. Ce fut le cas notamment lors de la crise du coronavirus où le cadre supérieur de santé et les deux médecins coordonnateurs ont pu s'exprimer sur le virus en lui-même, les bonnes pratiques en matière de gestes barrières et l'organisation spécifique définie pour faire face à l'épidémie. Ce fut le cas également lorsque la psychologue organisa une réunion d'information générale sur les troubles neuro-dégénératifs. Ainsi, la réunion d'information générale, de par son caractère solennel sert, dans sa forme, à marquer un évènement ou un changement important. Elle sert, sur le fond, à distribuer de l'information mais aussi à répondre à des questionnements.

Du côté des résidents : l'entretien post-admission s'apparente aussi à une modalité de communication basée sur la relation interpersonnelle. En effet, cet entretien réalisé par la directrice de l'établissement et le cadre supérieur de santé, trois mois après l'admission d'un nouveau résident, permet de faire un bilan général des conditions d'adaptation de la personne. Il permet de mettre en avant les points forts et points faibles et d'aborder des questions parfois sensibles comme les directives anticipées.

Ainsi, comme il l'a été expliqué au début de ce chapitre, ces supports se divisent en deux catégories : papier d'une part et relation interpersonnelle d'autre part. Il s'agit également de modalités qui se distinguent par leur caractère formel ou non. Cette répartition pourrait être résumée comme ceci :

<b>Support</b>	<b>Papier</b>	<b>Relation interpersonnelle</b>
<b>Caractère Formel</b>	<i>Note d'information et de service Journal interne Affichage sur un tableau dédié</i>	<i>Réunion d'information Entretien post-admission</i>
<b>Caractère Informel</b>	<i>Affichage « sauvage »</i>	<i>Echanges dans les couloirs</i>
<b>Dimension mobilisée</b>	<b>Information / identification</b>	<b>Participation / implication / convivialité</b>

Les outils se distinguent donc en fonction du support utilisé et du formalisme donné à la communication. Comme nous l'avons compris en filigrane, cela signifierait que le support n'est pas le même en fonction de l'objectif de communication.

De fait chaque modalité de communication, de par ses caractéristiques spécifiques est utilisée dans des situations différentes et mobilise des dimensions différentes de la communication. Ainsi, l'utilisation de ces outils est à mettre au regard du contexte dans lequel s'inscrit l'établissement et ses agents comme me l'explique une des cadres de santé :

*« Il faut adapter le support et l'outil au contexte »*

**Femme, 40 ans,  
cadre de santé**

Une autre catégorie se distingue de celles déjà explicitées, il s'agit des documents règlementaires qui n'ont, en premier lieu, pas une fonction de communication interne mais qui peuvent être mobilisés en tant que tel. Par exemple, le projet d'établissement - document règlementaire issu de la loi 2002-2<sup>19</sup> - s'inscrit sur un support papier en version finalisée mais aussi sur le mode de la relation interpersonnelle dans son élaboration. La formation de groupes de travail en interne pour favoriser l'échange des professionnels entre eux et avec les usagers, illustre bien cela. On mobilise ainsi plusieurs dimensions de la communication comme : la participation, l'implication, l'identification etc. Ce type de dispositif doit être investi comme un

<sup>19</sup> LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

véritable outil de communication interne au sens où elle a été définie en début de chapitre, c'est à dire : créer de l'adhésion, un sentiment d'appartenance à l'établissement.

### **Focus sur l'utilisation de l'outil numérique en ESSMS**

Au-delà des supports explicités ci-dessus, la place du numérique en établissement sanitaire et médico-social est encore très inégale d'un établissement à l'autre. S'il semble s'intégrer petit à petit, le virage numérique en ESSMS est loin d'être complètement engagé. Pour autant, les établissements de santé et médico-sociaux se sont ouverts à des modalités de communication liées aux Nouvelles Techniques de l'Information et de la Communication (NTIC). Ainsi, en même temps que le suivi des patients et résidents s'est informatisé, avec le passage par exemple du dossier papier au dossier informatique, la communication s'est elle-aussi informatisée. Par exemple, au sein de l'établissement d'enquête, des messages sont délivrés via l'outil digital Osiris (logiciel d'organisation des soins) et sa messagerie interne.

Après échange avec la directrice, celle-ci m'explique que son souhait est de développer rapidement un intranet au sein de l'établissement. Selon elle, cet outil permettrait de centraliser beaucoup plus facilement l'information. Elle explique :

*« Les agents qui sont en congé ou en congé maternité ont leur code, ça permet de centraliser tout ce qui est qualité, la gestion documentaire, les notes d'infos, les notes de service, les PV d'instance. [...] C'est vraiment un outil multiple. »*

**Femme, 35 ans, Directrice de l'établissement**

L'outil informatique en tant qu'outil de communication interne s'adresse à une diversité d'acteurs. Se pose donc la question de l'appropriation de cet outil par les agents de l'établissement car les différentes catégories socioprofessionnelles que regroupe l'ensemble de l'établissement ne sont pas toutes égales devant l'outil informatique. Comme le pointe Mathieu Lasconjaria, élève D3S de la promotion 2016- 2017 dans son mémoire « *Le développement du numérique en EHPAD : enjeux et perspectives.* »<sup>20</sup> Le numérique en établissements médico-sociaux se développe de manière très hétérogène. Malgré les nombreux avantages qu'il présente, sa véritable appropriation nécessite un travail dans la durée pour le légitimer et l'intégrer aux pratiques professionnelles.

La communication interne repose sur un savoir-faire. Ainsi, de par la richesse des outils à disposition pour communiquer, il convient de choisir les modalités les plus pertinentes et adaptées en fonction des situations : un document écrit et formel sera utilisé pour entériner quelque chose, comme un rappel à la règle. A l'inverse, une réunion d'information qui met en avant l'échange de questions et de réponses, mobilise les dimensions de la participation et de l'implication de la communication. Les différentes modalités de communication et les dimensions qu'elles mobilisent doivent pouvoir être déchiffrées par un responsable

---

<sup>20</sup> Lasconjaria Mathieu, *Le développement du numérique en EHPAD : enjeux et perspectives*, 2017, 114p.

d'établissement afin de mobiliser le bon outil au bon moment. Il faut également penser la place du numérique en ESMS. Pour cela, il est nécessaire d'en faire un véritable axe stratégique, sans pour autant en faire reposer toute sa stratégie de communication.

### 1.2.2 Communiquer en interne : un savoir être autant qu'un savoir-faire

Au-delà de la question du support utilisé, communiquer en interne semble découler d'un savoir être autant que d'un savoir-faire. Par exemple, la taille de l'établissement peut jouer un rôle dans la communication en facilitant le contact direct et humain. La présence régulière de la directrice dans les services a ainsi pour fonction le partage de l'information mais également le recueil de l'information (sur un ressenti, un état d'esprit, une situation particulière etc.). C'est une modalité de communication qui prend forme lors de pauses, autour d'un café. A contrario de la réunion d'information, le passage physique dans le service possède un aspect moins solennel et plus spontané qui mobilise la dimension « convivialité ».

Néanmoins, la communication basée sur une implication du « corps du directeur », au sens véritablement physique du terme, est le fruit d'une démarche volontaire. Cette démarche découle d'une volonté de la directrice en place de s'y inscrire et non d'une pratique qui relève de l'évidence. Comme me le rappelle le cadre supérieur de santé de la structure :

---

*« Une petite structure ne veut pas forcément dire qu'il y a de la proximité. Il faut la volonté de le faire. Elle [Au sujet de la directrice en place depuis deux ans] dit les choses, elle n'envoie pas dire les choses à sa place. »*

---

**Homme, 60 ans, cadre supérieur de santé**

Lorsque sont interrogés les agents sur leurs attentes vis-à-vis de leur supérieur hiérarchique, un mot revient très régulièrement, c'est le mot de : soutien. Les différents professionnels ayant répondu au questionnaire sur la QVT s'expriment en faveur d'un soutien. Cela s'illustre parfaitement avec ces commentaires issus du questionnaire « Ma Qualité de vie au Travail », distribué au sein de l'établissement.

---

*« Un soutien, notamment dans le rapport aux familles. »*

---

**Femme, 24 ans ou moins, soignante en EHPAD**

---

*« Ecoute, soutien, directives »*

---

**Femme, 31-40 ans, agent administratif**

---

*« Un soutien moral quand la charge est importante dans le service. »*

---

**Femme, 25-30 ans, soignante en médecine**

Se dégage de ces commentaires une véritable attente clairement identifiée. Ce qu'il est intéressant de constater, c'est que cette attente est corrélée à une modalité bien particulière : la présence. Toujours selon cette même enquête :

*« L'établissement doit permettre aux cadres de santé de redevenir cadre de proximité et d'être présents de temps en temps aux transmissions. »*

---

**Femme, 41-55 ans, soignante en EHPAD**

*« De la présence. »*

---

**Femme, 41-55 ans, soignante en EHPAD**

*« Une présence sur le terrain accentuée. »*

---

**Femme, 55 ans ou plus, soignante en EHPAD**

Ainsi, on voit que l'implication du « corps du directeur », n'est pas anodine et représente une véritable attente des équipes dans les différents services. C'est un moyen de communication qui semble être acquise par la direction en place et qui est régulièrement utilisé. Comme en témoigne ces extraits issus toujours du questionnaire « Ma Qualité de vie au Travail », cette manière de faire est appréciée par les agents en question :

*« Présence de la directrice près du personnel très appréciée » / « La direction est à l'écoute des besoins du personnel et est réactive. »*

---

**Femme, 41-55 ans, soignante en EHPAD**

*« Une reconnaissance du travail effectué : la nouvelle direction le fait. Qu'elle nous écoute en cas de grosse difficulté dans le service. » / « La nouvelle direction a vraiment mis en place une dynamique basée sur le respect du travail de chacun et on se sent écouté. »*

---

**Femme, 31-40 ans, soignante en médecine/SSR**

Ce retour de certains agents est confirmé par la directrice en place qui explique sa vision de la communication interne :

*« La communication interne c'est la communication au quotidien. C'est d'aller saluer tout le monde dans son bureau le matin quand tu arrives. Ça commence par là. Déjeuner aussi avec les personnes, faire des temps de pause avec eux. C'est être disponible. »*

---

**Femme, 35 ans, Directrice de l'établissement**

Ainsi, il semblerait que la présence régulière de la direction dans les services soit un levier de satisfaction des agents. Finalement, ce qui se joue dans cette demande de proximité qui émane des agents c'est le sentiment de se sentir écouté. C'est en tout cas avec ces termes que le résumé le cadre supérieur de l'établissement et l'une des cadres interrogées. Lors de leurs entretiens, ils m'expliquent :

*« Communiquer c'est d'abord écouter. » / « A côté des grands messages qu'on veut faire passer, ce qui compte c'est aussi la posture qu'on a soi-même [...] Il s'agit de se rapprocher des gens, tout en sachant se dissocier psychologiquement. »*

---

**Homme, 60 ans, cadre supérieur de santé**

*« L'écoute est un gage de réussite du changement. »*

---

**Femme, 40 ans, cadre de santé**

Mais l'implication physique dans la communication ne concerne pas seulement « le corps du directeur » et repose également sur d'autres acteurs clés de l'établissement. Par exemple : les délégués du personnel sont amenés également à communiquer, notamment via les instances de dialogue social. Il s'agit d'une part, de communiquer en amont pour faire remonter des questionnements, et d'autre part, de communiquer en aval pour transmettre les fruits des échanges qui ont eu lieu en instance.

*« Les DP [délégués du personnel] font aussi ce rôle de remontée d'informations. C'est pour ça que je te disais que c'est très important d'avoir des DP parce qu'ils font cette remontée d'informations. Le fait d'avoir une réunion mensuelle, les instances ... c'est là que remonte les informations. »*

---

**Femme, 35 ans, Directrice de l'établissement**

Mais, au-delà de leur rôle primordial de dialogue social et de contre-pouvoir, qui sous-tend déjà un aspect communicationnel, les représentants du personnel qui siègent au Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) et au Comité Technique d'Etablissement (CTE) peuvent être perçus eux-mêmes comme des acteurs de la communication interne. De fait, les délégués du personnel peuvent être sollicités parfois pour relayer certaines informations ou faire passer des messages. Ce type de fonctionnement nécessite un prérequis de taille : une entente cordiale entre la direction et les représentants du personnel. En effet, ce système fonctionne avant tout si ces représentants acceptent de jouer ce rôle communicationnel, s'ils acceptent de relayer telle ou telle information qui leur a été transmise par la direction. On ne peut imaginer un système fonctionner de la sorte dans un établissement où représentants du personnel et direction sont dans un conflit ouvert.

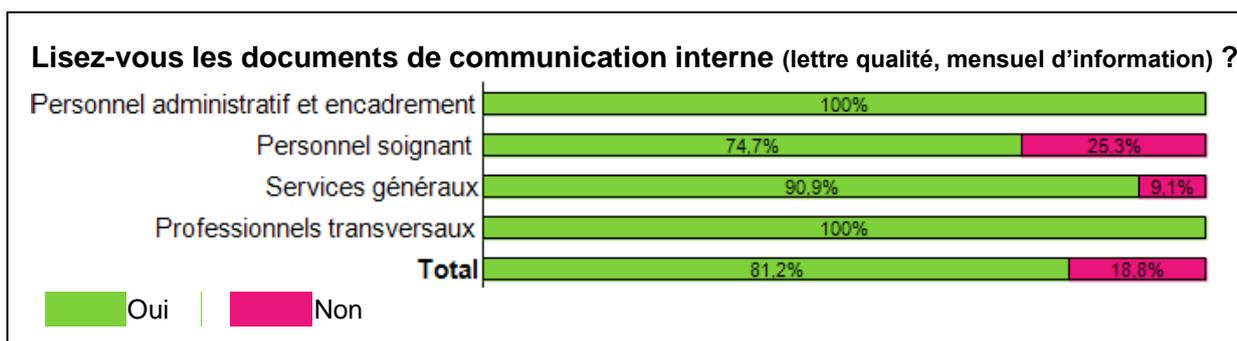
### 1.3 Des questionnements récurrents autour la communication interne au sein de l'établissement d'enquête

Pour autant, malgré des pratiques de communication interne qui semblent répondre à un besoin exprimé des agents, des questionnements demeurent autour de cette question. Tout d'abord, lors de l'enquête réalisée sur la Qualité de Vie au Travail, nous avons pu remarquer une variation de participation entre les deux sites fusionnés. De plus, si les résultats sont globalement positifs, ils sont pour autant sujets à interprétation. De même dans le dialogue avec les usagers, où l'on remarque que le Conseil de Vie Sociale (CVS) et la Commission Des Usagers (CDU) fonctionnent de manière inégale.

#### 1.3.1 Des données sur la communication interne globalement positives mais sujets à interprétation

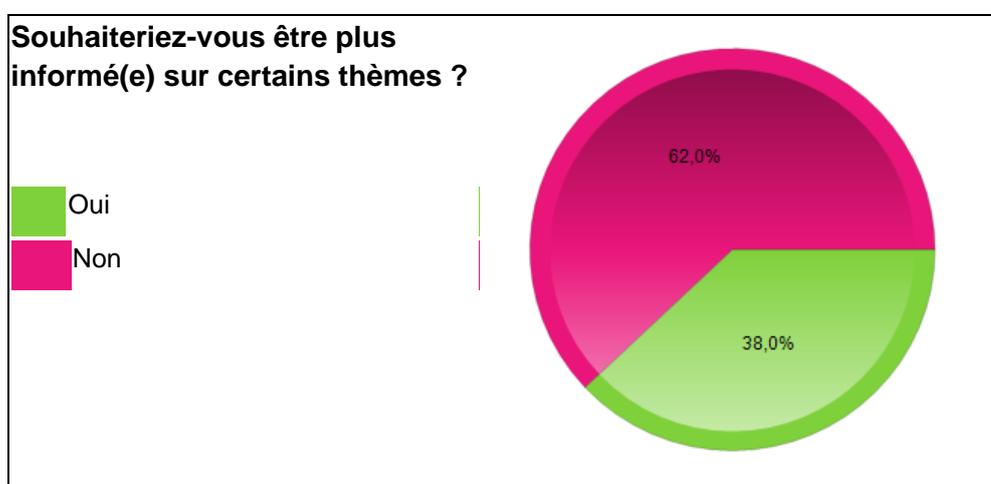
Comme expliqué en introduction, l'enquête « Ma Qualité de Vie au travail » menée sur les deux sites fusionnés A et B (le CH et l'EHPAD) a enregistré un taux de participation de 54%, ce qui est relativement élevé par rapport à des démarches similaires menées dans d'autres établissements. Or, si l'on prend le temps de différencier les résultats entre chaque site, on remarque que les chiffres de la participation diffèrent. Ainsi, sur le site A, on enregistre une participation de 59,3% tandis que sur le site B, la participation est de 26,8%. Ce différentiel pose question. Cela interroge d'autant plus qu'il y a eu une présence accrue sur ce second site - mobilisant des modalités de communication s'apparentant à la relation interpersonnelle - pendant la période d'enquête pour inciter à participer, mobiliser les personnes, échanger, répondre aux questions, dépasser les craintes et donc, créer de l'adhésion à l'enquête.

Concernant les résultats de l'enquête, à première vue, lorsque l'on interroge les agents, les outils de communication semblent être pertinents au regard des pratiques les concernant. En effet, 81,7% des professionnels répondants déclarent lire les documents d'information papier qui leur sont transmis. Ces documents papiers sont distribués nominativement à chaque professionnel avec le bulletin de salaire. Malgré tout, cela signifie que quasiment 20% des répondants ne les lisent pas, ce qui pose question.

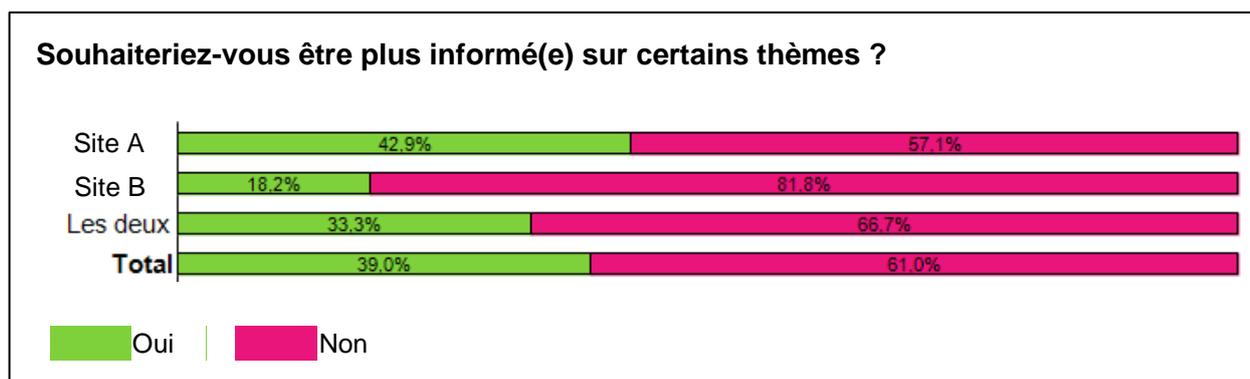


On observe par ailleurs des différences d'appropriation en fonction des catégories de professionnels. Ainsi, si le personnel administratif semble s'être approprié les outils de communication à 100%, il n'en est pas de même pour le personnel soignant où 25% des professionnels ne lisent pas les outils de communication.

De plus, la question de l'information consubstantielle à la communication est importante. Il s'agit de savoir si l'éventuelle demande d'information des agents est bien satisfaite par les modalités actuelles de communication. A première vue, on observe qu'une petite majorité d'agents ne souhaite pas être plus informée. Cela peut témoigner d'une satisfaction du besoin d'information dans le sens où peu de personnes semblent ressentir une nécessité d'information supplémentaire.



Néanmoins, le nombre de personnes n'exprimant pas le souhait d'être informées sur d'autres thèmes peut être un indicateur d'un élément important : le caractère pléthorique de la communication. Si l'on reprend les questions précédentes, en y incluant le différentiel de réponses entre les deux sites, on observe une différence assez significative de réponses entre le premier et le second site. Ainsi, le premier site enregistre 43% de personnes qui souhaitent être informées d'avantage sur différents sujets. Tandis que le second site enregistre seulement 18% de personnes souhaitant avoir plus d'informations.



Il semble donc difficile de définir si ces résultats traduisent une satisfaction ou une saturation d'information. En effet, l'un des écueils à la communication interne est sa saturation. Vouloir trop communiquer c'est prendre le risque d'altérer les messages principaux. En somme, trop communiquer devient parfois contre-productif.

### **1.3.2 Les instances de dialogue avec les usagers, des formes consacrées de communication interne qui ne fonctionnent pas toujours**

La mise en place d'instances de dialogue telles que le Conseil de Vie Sociale du côté médico-social et la Commission des Usagers du côté sanitaire sont des formes de participation sociale et de communication interne avec les usagers formalisées au sein de l'établissement. En donnant aux représentants des patients ou résidents et de leurs familles la possibilité d'y siéger, elles offrent un espace d'expression et d'écoute en contact direct avec les professionnels, l'encadrement et la direction. En ce sens, ce sont des modalités de communication interne et des leviers de participation inscrits au projet d'établissement :

*« Conformément à la réglementation, le conseil de la vie sociale doit se réunir au moins trois fois par an. Les élections des représentants des usagers permettent une représentation démocratique des résidents, familles, tuteurs. Cette instance traite principalement des sujets liés à la vie quotidienne des résidents. Elle permet de recueillir les avis des principaux intéressés sur les projets les concernant. »<sup>21</sup>*

Concernant le secteur hébergement, le CVS est composé de personnes élues parmi les usagers qui résident dans l'établissement. Ces personnes deviennent alors les représentants des usagers et siègent aux cotés de représentants des familles. Au sein de la Commission des Usagers, les représentants des usagers nommés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) sont bénévoles et issus d'associations extérieures. Pour autant il s'agit bien de communiquer en interne. Au sein de l'établissement, on observe que cette différence de nature entre représentants impacte le fonctionnement de ces instances et, de fait, la participation sociale des usagers.

Du côté sanitaire, avec ses deux représentants bénévoles et extérieurs à l'établissement, la participation sociale à travers la représentation des patients s'est développée de manière satisfaisante. Les compétences données à la CDU, par décret<sup>22</sup>, lui permette d'exercer véritablement son rôle. Ainsi, elle :

- **participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement** en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est

---

<sup>21</sup> Projet d'établissement de la structure, 2014-2018, 140 p.

<sup>22</sup> Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données,

- **peut se saisir** de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement,
- **est informée de l'ensemble des plaintes** et des réclamations formées par les usagers,
- **rédige chaque année un rapport** au sujet de l'accueil et de la prise en charge des usagers qui est remis au conseil de surveillance.

Ainsi, au sein de l'établissement, les représentants des usagers de la CDU siègent également au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), au Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD) et au Comité des Vigilances, des Risques et de la Qualité (COVIRISQ). Ils sont investis dans la vie de l'établissement. Par ailleurs, cet investissement a permis de faire émerger un nouvel espace de dialogue plus informel et plus direct. En effet, au sein de l'établissement a été mis en place une permanence des usagers. Cette permanence est partagée entre les deux représentants des usagers de la CDU. Cette permanence se tiens une fois tous les mois et permet un mode d'expression direct des patients ou résidents. Une façon pour les représentants des usagers d'investir véritablement leur rôle.

A contrario, les pouvoirs accordés au CVS sont, dans une certaine mesure, moindre vis-à-vis de la CDU. En effet, selon les textes, le CVS :

*« donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement ou du service notamment sur l'organisation intérieure et la vie quotidienne, les activités, l'animation socio-culturelle et les services thérapeutiques, les projets de travaux et d'équipements, la nature et le prix des services rendus, l'affectation des locaux collectifs, l'entretien des locaux, les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture, l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prises en charge. »*<sup>23</sup>

Ainsi, d'emblée, dans les textes législatifs, on entrevoit une différence majeure de compétences entre la CDU du côté sanitaire et le CVS du côté médico-social. Cette différence

---

<sup>23</sup> Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles

de compétences impacte directement la capacité de représentation du CVS. Au-delà de cet aspect législatif, le CVS pose questions à deux égards. Premièrement, la nature des représentants des usagers issue directement de la population de l'établissement dont la situation physique ou cognitive est variable, ne permet pas toujours une représentation optimale des usagers. Au sein de l'établissement, aucune modalité d'adaptation du CVS n'a pour le moment été mise en place, ce qui pourrait faciliter la participation effective de certains représentants des usagers à l'instance.

Deuxièmement, quand les représentants des usagers sont en pleine capacité pour participer au CVS, on remarque que ceux-ci ne se font parfois le porte-voix que de leur opinion personnelle et non de la collectivité qu'ils représentent. En effet, l'ingénieure qualité de l'établissement me fait remarquer que bien souvent, le biais de cette représentation est que les représentants en question ont du mal à se faire le porte-voix de tous mais ne relatent bien souvent que des situations individuelles. On observe donc un manque de recul de la part des représentants des usagers et des familles dû à leur vécu direct au sein de l'établissement.

De fait, il y a un paradoxe. D'une part, nous avons un CVS dont les sièges sont occupés par des usagers de l'institution et qui ont un véritable vécu à l'intérieur de l'établissement. Cela va dans le sens d'une communication en interne. D'autre part, nous avons une CDU qui ouvre ses sièges à des représentants qui sont en dehors de l'institution. Cet élément invalide en partie la notion de communication interne. Pour autant cette instance semble mieux fonctionner que la première qui présente un certain nombre de failles.



## **2 La perception individuelle vis-à-vis de l'institution : des freins à la création d'un sentiment d'adhésion**

Susciter un sentiment d'adhésion au sein d'un établissement est une bataille perpétuelle. En effet, il existe un certain nombre de freins qui se situent au niveau individuel, chez les agents et usagers, ou au niveau institutionnel. A chaque fois, c'est la perception individuelle vis-à-vis de l'institution qui est en jeu. En effet, des stratégies individuelles des acteurs sont à l'œuvre au sein de l'institution. Le pouvoir est l'enjeu au cœur des relations sociales et la particularité du métier de soignant offre une possibilité de contre-pouvoir spécifique.

Cette dynamique s'illustre également s'agissant des usagers, particulièrement dans les services d'hébergement, où les modalités d'adaptation au sein de l'institution ne sont pas uniformes. Certains résidents peuvent se construire parfois contre l'institution elle-même.

Au niveau institutionnel et managérial, la prise en considération des éléments contextuels liés à l'histoire récente de la structure nous permet de comprendre la dynamique identitaire à l'œuvre. Plus précisément, la fusion qui a été effectuée entre les sites A et B n'a pas permis de fusionner les identités qui étaient jusque-là distinctes. De plus, au sein d'un même site, plusieurs identités cohabitent. Il n'y a donc pas une institution mais plusieurs institutions.

### **2.1 La théorie de l'acteur rationnel : un éclairage sociologique**

La communication interne en établissement comme levier vers l'adhésion des acteurs à l'institution est une bataille perpétuelle. Les premiers freins que l'on peut identifier à la réalisation de cet idéal sont intrinsèquement liés aux organisations humaines et sociales. En s'appuyant sur deux ouvrages de référence que sont : « L'acteur et le système »<sup>24</sup> dans lequel Michel Crozier et Erhard Friedberg développent leur théorie de l'acteur rationnel (CROZIER, FRIEDBERG, 1977) et « Les nouvelles approches sociologiques des organisations »<sup>25</sup> par Henri Amblard, Philippe Bernoux, Gilles Herreros et Yves-Frédéric Livian on peut comprendre de manière fine le fonctionnement des relations au sein des organisations sociales collectives. (AMBLARD, BERNOUX, HERREROS, LIVIAN, 1996).

La théorie de l'acteur rationnel de Crozier et Friedberg s'articule autour de trois axes :

- La logique d'action comme stratégie de l'acteur
- La rationalité comme limite de l'action
- Le pouvoir comme enjeu

---

<sup>24</sup> Crozier Michel, Friedberg Erhard, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, éditions du seuil, 1977, 448p

<sup>25</sup> Amblard Henri, Bernoux Philippe, Herreros Gilles, Livian Yves-Frédéric, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, éditions du seuil, 1996, 245p

### 2.1.1 L'acteur est un stratège, mais il a ses limites

Pour Crozier et Friedberg, l'acteur se définit comme celui qui agit dans une situation donnée au sein d'une organisation. Mais l'acteur n'agit pas sans buts précis, il est un stratège dans le sens où il met en place des stratégies lorsqu'il fait face à un problème. La stratégie peut s'entendre comme le comportement de l'acteur pour résoudre un problème de façon à ce qu'il puisse en tirer bénéfice.

L'acteur cherche à optimiser ses propres gains. Le terme de gain étant considéré dans une acception élargie. Ainsi, les gains peuvent être de natures très différentes. L'acteur suit donc une logique d'action et peut chercher à satisfaire des buts en lien avec l'institution : réaliser ses tâches du mieux possible, mais il peut chercher aussi à satisfaire des buts personnels qui n'auront rien à voir avec l'institution en elle-même. Comme l'explique l'ingénieure qualité de la structure :

*« Il faut s'appuyer sur la notion de gain pour toucher les personnes. Sinon, elles peuvent l'entendre mais ne pas le comprendre [le message]. »*

---

**Femme, 40 ans, ingénieure qualité**

Ainsi, dans sa communication interne et dans la recherche d'une adhésion à l'institution, il faut prendre en compte ces éléments car un acteur ne réagira pas toujours de la même façon en fonction des situations différentes auxquelles il est confronté et en fonction des buts qu'il poursuit à un moment donné.

Dans « Les nouvelles approches sociologiques des organisations »<sup>26</sup> (AMBLARD, BERNOUX, HERREROS, LIVIAN, 1996) les auteurs définissent très simplement la logique d'action comme la convergence entre un acteur et une situation d'action. Mais les auteurs prennent aussi en compte le fait que les actions peuvent évoluer en fonction des situations. Si la stratégie de l'acteur est de ne pas changer ses pratiques professionnelles alors il pourra ignorer un nouveau protocole qui le pousse à modifier ses pratiques et feindre de ne pas en avoir eu connaissance. Ici, le gain est la non-remise en question de ses pratiques professionnelles et l'inscription de ses pratiques coutumières dans la durée. Par exemple, on observe dans l'établissement un différentiel d'appropriation des techniques de « l'humanité » entre les agents bien que tous ont été formés de la même manière. Dans le secteur d'hébergement, l'appropriation des techniques de « l'humanité » a bien fonctionné. En revanche, dans le service sanitaire, cette appropriation est plus difficile et entraîne certaines résistances. La pratique du report de soin en particulier est difficilement mise en œuvre dans le service sanitaire où le personnel soignant la considère comme irréalisable au regard de l'organisation du service.

---

<sup>26</sup> Amblard Henri, Bernoux Philippe, Herreros Gilles, Livian Yves-Frédéric, op. cit. p.204

Ainsi, pour Crozier et Friedberg (1977), l'acteur possède toujours une marge de liberté quel que soit la situation dans laquelle il se situe. C'est ce qui lui permet de faire des choix stratégiques. Il peut donc interpréter son rôle en fonction des situations comme par exemple interpréter sa fiche de poste s'il le juge nécessaire dans une situation donnée. En revanche cette liberté n'est évidemment pas extensible à l'infini et est donc soumise à un certain nombre de contraintes.

La première c'est que la rationalité des acteurs est limitée car ils n'ont jamais accès à toutes les informations en même temps. Par exemple, les agents n'ont pas les mêmes connaissances que la direction d'établissement d'un point de vue des questions qui se rapportent au financement de l'établissement. A contrario, la direction de l'établissement n'a pas le même niveau informations sur l'état de santé des patients ou résidents, elle n'a pas les connaissances techniques du soin comme l'équipe soignante, pas les mêmes connaissances des infrastructures du bâtiment comme une équipe de maintenance peut l'avoir etc. Chacun possède donc des connaissances qui se complètent l'une l'autre. Elles forment la rationalité de l'acteur car il agit en fonction de son propre point de vue, de ce qu'il sait ou croit savoir.

Le deuxième type de contraintes est celle de l'organisation elle-même. L'institution est régie par des règles, des horaires et un fonctionnement précis. Quand bien même l'acteur peut les interpréter dans une certaine mesure, il ne peut pas passer outre. Ainsi, les règles effectives qui forment la « culture » partagée entre toutes les parties prenantes à l'intérieur de l'établissement sont le fruit d'un ordre négocié. Bien que les règles officielles de l'établissement émanent de l'institution elle-même à travers un règlement de fonctionnement ou un règlement intérieur, des règles plus tacites, plus diffuses, s'appliquent au quotidien et sont une co-construction entre direction, encadrement, agents et résidents comme l'explique Jean-Daniel Reynaud dans « *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale* ». <sup>27</sup> (REYNAUD, 1989). Un exemple simple est celui de l'heure du repas : le règlement affiche un horaire de repas à 12h mais certains résidents peuvent ne rejoindre le restaurant qu'à 12h15 ou 12h20. La plupart du temps, les résidents les plus tardifs sont connus des soignants ce qui étaye l'idée d'un contrat tacite.

### **2.1.2 Le pouvoir est au cœur des relations sociales**

Ce qu'expliquent Crozier et Friedberg (1977) c'est que dans une organisation sociale, la notion de pouvoir est fondamentale. Pour eux, ce concept est réellement au centre des relations sociales. Le pouvoir selon les auteurs se définit comme :

*« la possibilité pour certains individus ou groupes d'individus d'agir sur d'autres individus ou groupes ».* <sup>28</sup> (CROZIER, FRIEDBERG, 1977, p65).

---

<sup>27</sup> Reynaud Jean-Daniel, *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Collin, 1989, 348p.

<sup>28</sup> Crozier Michel, Friedberg Erhard, *op. cit.* p.65

Le pouvoir est donc une relation d'échange et de négociation et non pas un état. Pour citer le philosophe Michel Foucault : « *Il faut en somme admettre que le pouvoir s'exerce plutôt qu'il ne se possède.* »<sup>29</sup> (FOUCAULT, 1975, p.34) Le pouvoir ne s'exerce pas toujours de la même manière et il existe plusieurs moyens d'en obtenir. Les auteurs expliquent que celui qui a le pouvoir est celui qui contrôle les zones d'incertitudes liées à la liberté des acteurs comme précédemment évoqué. Etant donné que ceux-ci sont partiellement libres, il existe des zones d'incertitudes quant à anticiper leurs comportements. C'est ce degré de liberté qui crée l'incertitude. Elle est aussi liée au fait que la rationalité des acteurs est limitée : ils ne savent pas et ne voient pas tout. (CROZIER, FRIEDBERG, 1977).

Ainsi, le pouvoir s'acquiert notamment par l'information et la communication : acquérir de l'information permet de limiter l'incertitude et donc d'acquérir du pouvoir. Un cadre de proximité capable de savoir dans les moindres détails ce qui se passe au sein de son service comme les relations d'affinités, l'influence de tel agent sur tel autre etc. serait alors capable d'exercer le pouvoir de manière unilatérale. Néanmoins, cette situation est irréalisable car comme le rappelle la directrice de l'établissement : « *On ne voit que 10% de ce qui se passe.* » De même, ne pas divulguer certaines informations dans une situation donnée est un moyen d'avoir un pouvoir dans le sens où cela limite le contrôle des zones d'incertitudes pour les autres acteurs.

Crozier et Friedberg décrivent donc trois sources de pouvoir :

1. Le réseau social : au sein d'une équipe, un acteur capable d'incarner le rôle de leader gagne en pouvoir. Si je suis écouté, respecté de mes pairs, alors, à coup sûr, je suis capable d'exercer un pouvoir.
2. L'expertise : avoir un savoir reconnu permet également d'exercer un pouvoir. Par exemple, le savoir médical en est source au sein d'un Centre Hospitalier. Une infirmière possède plus de connaissances médicales, elle a donc plus de pouvoir qu'une aide-soignante. Cela se traduit notamment par la place plus élevée qu'elle occupe hiérarchiquement. Mais cela est valable dans un autre sens : Si une aide-soignante possède plus de connaissances sur l'histoire de vie d'une résidente, alors elle peut, dans une situation donnée, avoir plus de pouvoir qu'une infirmière.
3. Le rapport à la règle : en fonction de son statut ou de la situation, un acteur est capable de s'émanciper partiellement de la règle. Il obtient alors du pouvoir. Tous sont plus ou moins en mesure de manœuvrer ces règles. Mais ceux qui sont en situation de pouvoir s'en émanciper réellement, ou du moins de les accommoder à leur convenance, sont ceux qui exerceront plus de pouvoir que les autres.

---

<sup>29</sup> Foucault Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 318p

Ainsi, on comprend que le « faire-ensemble » recherché par la communication interne pour qu'au sein d'une institution, les acteurs assurent le fonctionnement régulier de la structure n'est pas si évident puisque chacun poursuit des objectifs différents et sont à même d'exercer une forme de pouvoir ou de contre-pouvoir. Dans ce contexte, la fonction communication chargée de faire « tenir l'institution ensemble » dévoile toute sa dimension stratégique de tri, de valorisation et mise en contexte de l'information sur fond d'exercice du pouvoir. La compréhension fine des enjeux et des stratégies individuelles fait partie intégrante de l'élaboration d'une stratégie de communication interne. Le but étant d'identifier les résistances qui peuvent se présenter afin de les désamorcer.

### **2.1.3 L'expertise sociale du personnel soignant constitue un contre-pouvoir**

Ces freins consubstantiels aux organisations sociales et humaines sont d'autant plus palpables en établissement sanitaire, social ou médico-social que les personnels soignants possèdent leur propre logique de contre-pouvoir.

Dans son article « Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière. »<sup>30</sup> Anne-Marie Arborio met en avant un aspect important du travail des aides-soignantes qui peut être source de contre-pouvoir : leur savoir. Elle montre qu'au sein des hôpitaux, les médecins, par exemple, disposent d'un fort pouvoir, fondé sur des savoirs dits « légitimes ». Or, pour assurer la prise en soins des personnes accueillies, ces médecins ont dû s'entourer de personnes s'occupant des activités liées à l'hébergement et à l'aide quotidienne aux patients et aux résidents. C'est ainsi que s'est créée la profession d'aide-soignante. Mais ces activités sont souvent peu valorisées et peu sujettes à reconnaissance, symbolique ou économique. Anne-Marie Arborio utilise le terme *dirty work* (« sale boulot ») quant à définir une partie de leurs fonctions.

*« Le recrutement sur ces postes pose une double question : qui se trouve dans une position sociale qui amène à accepter d'être embauché sur ces postes et, dans ce cas, quelles éventuelles stratégies de valorisation de soi ou de sortie de cette condition sont envisagées pour la supporter ? »*

31

(ARBORIO, 1996, p105)

C'est pourquoi, les aides-soignantes se sont forgées leur propre légitimité notamment fondée sur un savoir profane, celui de l'être social qu'est le patient ou le résident. Ce savoir trouve sa

---

<sup>30</sup> Arborio Anne-Marie, Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière. « Genèses », 22, 1996. La ville : postures, regards, savoirs. p. 87-106.

<sup>31</sup> Ibid. p.105

source dans la relation quotidienne à proximité des patients et résidents. Le « savoir juger », - c'est-à-dire l'évaluation sociale du patient ou du résident - fait partie des compétences développées par la pratique de ce métier. Dans son article, Anne-Marie Arborio explique que les aides-soignantes considèrent posséder un monopole des relations affectives avec la personne. Elles sont, de leur point de vue, les seules ayant accès à la connaissance intime du résident ou patient.

Finalement, dans la hiérarchie hospitalière, l'aide-soignante serait en quelque sorte la seule à voir l'être social derrière la personne, malade ou en perte d'autonomie. Toutes ces connaissances peuvent représenter une ressource et être utiles aux médecins dans le sens où les patients et résidents vont avoir plus tendance à se confier aux professionnels qui sont en proximité avec eux, ce qui permet aux aides-soignantes d'avoir accès à des informations utiles à leur bonne guérison (antécédents médicaux non déclarés, histoires de vie etc...) Ainsi, grâce à ce savoir, elles se situent dans une position de légitimité qui finalement vient exercer un contre-pouvoir envers leur hiérarchie qui ne connaît pas intimement les résidents ou patients.

*« La sécurité des soins au travail dépend aussi de l'implication médicale. Les erreurs de prescription [...] engagent notre responsabilité auprès des patients et des familles car nous sommes les premiers confrontés aux informations à donner aux familles (médecin pas toujours présents) »*

---

**Femme, 41-55 ans, soignante en médecine/SSR**

C'est le fait d'être en contact rapproché avec les patients et résidents qui permet d'acquérir une certaine légitimité dans son travail pour les professionnels soignants en étant le garant de sa bonne pratique de professionnel. Ainsi, dans la légitimation de leurs pratiques, les soignants ne vont pas se reposer sur une validation hiérarchique mais plutôt sur un vécu quotidien avec les usagers. C'est d'ailleurs, un élément qui est identifié et mis en mot par le cadre supérieur de la structure qui m'explique : « *Ils ont leur vérité* » au sujet des soignants, « *il ne faut donc pas se comporter comme un sachant, mais comme un aidant.* »

Ainsi, les aides-soignantes utilisent cette relation pour se valoriser et cette proximité d'avec les patients et résidents est une chose dont seul le personnel soignant peut se vanter. C'est donc un des leviers qui permet au personnel soignant de parfois négocier, contredire, ignorer ou écarter les dispositions prises par l'encadrement et la direction au profit de leur propre organisation du travail.

Finalement, se sentant au cœur du travail et considérant que ce n'est pas le cas de leur hiérarchie, le personnel soignant va parfois préférer simplement contourner les préconisations

au profit d'une organisation plus justifiable car légitimée par un savoir qu'eux seuls possèdent. Plus simplement, l'équipe soignante est à même de considérer qu'elle est la mieux placée pour savoir ce qui est bon pour les résidents. Il convient alors pour la direction et l'encadrement d'incorporer ce savoir et de s'appuyer sur cette connaissance dans la production de directives, de protocoles ou de normes afin de faciliter l'acceptabilité de celles-ci et fluidifier la communication interne.

## **2.2 L'identité du résident au sein de l'institution : plusieurs manières de s'adapter**

La dynamique des stratégies individuelles et les enjeux de pouvoir sous-jacents se retrouvent également chez les résidents - dans les services d'hébergement - et s'illustre à travers l'adaptation à l'institution. En effet, au-delà des outils institutionnels précités dont la fonction est de favoriser la participation sociale des usagers au sein de l'établissement, il faut prendre en considération la construction, ou re-construction, identitaire d'un résident en EHPAD qui sous-tend différentes façons de participer au sein de l'institution.

Dans l'ouvrage de la sociologue Isabelle Mallon : « *Vieillir en maison de retraite : le dernier chez soi* »<sup>32</sup>, (MALLON, 2005) la question de la participation sociale apparaît comme une notion clé de l'adaptation de la personne à son nouvel environnement. Quand bien même, dans une logique de personnalisation de l'accompagnement, l'établissement doit s'adapter à l'usager, un travail d'adaptation à un nouvel environnement est nécessairement effectué par la personne. Ainsi, les formes de participation vont être révélatrices d'une adaptation ou non à l'établissement.

La sociologue nous présente trois types d'adaptation et donc de participation, en EHPAD. Dans le premier cas, le résident trouve son équilibre grâce à l'institution. Dans le deuxième cas, celui-ci trouve un équilibre personnel à mi-chemin entre l'institution et son extérieur. Dans un troisième cas, Isabelle Mallon décrit « *l'impossible chez soi* », c'est-à-dire, l'impossibilité pour le résident de se créer un sentiment de chez soi au sein de l'établissement. Les trois modèles décrits par Isabelle Mallon sont des idéaux types. En sociologie, un idéal-type est une organisation de la réalité observée en plusieurs grands modèles. Ainsi, dans chaque modèle proposé, l'auteure a isolé les traits les plus significatifs d'une réalité pour en faire un point de repère. C'est le sociologue Max Weber<sup>33</sup> qui est à l'origine de l'invention de l'idéal-type comme moyen d'analyse. (WEBER, 1919).

---

<sup>32</sup> Mallon Isabelle, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 2005, 288 p

<sup>33</sup> Weber Max, *Le savant et le politique*, La découverte, 1919, 186 p

### **2.2.1 Trouver son équilibre grâce à l'institution : participer à l'intérieur**

Ce mode d'adaptation consiste à se socialiser dans ce nouvel univers en y étant actif afin d'y faciliter l'intégration. La participation sociale au sein de l'institution devient donc un levier d'intégration et d'équilibre. Les résidents qui s'inscrivent dans ce schéma obéissent facilement aux règles de l'institution et deviennent peu à peu des éléments piliers de l'établissement. En somme, ils intègrent parfaitement leur rôle de résident. Il y a chez ces personnes une forte adoption des règles et rythmes collectifs. Leur emploi du temps se calque sur celui de l'institution notamment dans la participation aux activités qui structurent les journées. En s'investissant dans les tâches de la vie quotidienne, ils deviennent des rouages essentiels de la vie en établissement. Cela leur permet d'acquérir un statut singulier, reconnu par la direction et le personnel, et ainsi s'approprier entièrement l'établissement. L'appropriation se fait d'abord par la chambre, le lieu de l'intimité, puis par les lieux collectifs utilisés quotidiennement.

Mais, le revers de cette participation sociale intra-établissement est que les relations sociales extérieures s'amoindrissent après l'entrée : on laisse derrière soi son réseau social, à l'exception bien souvent de la famille. Au sein de l'établissement, si le fait de nouer de réels liens avec d'autres résidents est rare, les liens avec le personnel sont fréquents. En ce sens, les références à la famille dans les discours sont peu nombreuses tandis que les références au personnel abondent, jusqu'à s'approprier le lexique institutionnel dans la désignation des lieux : « la cafet' » ou du personnel : « les filles ». Finalement, la vie en institution apparaît comme meilleure et la participation sociale au sein de l'établissement se fait en dépit de la participation sociale à l'extérieur de l'établissement.

Il s'agit de personnes qui vont par exemple pouvoir occuper le rôle de président du CVS parce qu'investies dans la vie de l'établissement et reconnues pour cela. C'est le cas de la présidente de l'établissement d'enquête qui témoigne de son épanouissement au sein de la structure lors des séances du Conseil de Vie Sociale.

### **2.2.2 Mener une vie personnelle au sein de la maison : la participation extérieure**

Ici, le résident ne parvient à trouver un équilibre que seul. L'institution ne joue pas un rôle fondamental dans cet équilibre car le but recherché est avant tout de préserver ses habitudes de vie. Une continuité se crée donc avec la vie d'avant et la participation est plutôt tournée vers l'extérieur de l'établissement. Le temps de l'institution ne structure pas le quotidien car l'emploi du temps s'attèle surtout à préserver des habitudes qui permettent de rester fidèle à soi-même. Les contacts sont tournés plutôt vers l'extérieur et très peu de relations se tissent au sein de l'institution. La vie se fait donc en partie en dehors de l'institution.

Ces visites à l'extérieur permettent de renouer avec un temps social « classique ». En ce sens, l'extérieur est central pour l'équilibre de la personne et pour sa structuration identitaire. La famille joue un rôle d'autonomisation et est vecteur de continuité de l'existence entre l'ancien domicile et le nouveau. Les personnes correspondant à ce schéma sont entrées en EHPAD en étant valide. Or, la prise en compte du vieillissement se fait à mesure que l'autonomie diminue. Cela suppose un réajustement des attentes et des volontés. Cet exemple est de moins en moins courant en établissement d'hébergement dans le sens ou l'évolution de la population d'EHPAD avec l'augmentation de la moyenne d'âge (de 80 à 85 ans en 5 ans dans l'établissement d'enquête) et l'augmentation de la dépendance rend plus difficile la vie personnelle en dehors de l'institution.

### **2.2.3 Un impossible chez soi : une participation construite contre l'institution**

Dans ce modèle, contrairement au précédent, l'acclimatation à l'institution est hautement fragile et précaire. Bien souvent, le comportement de repli sur soi est une réaction au poids trop lourd du cadre institutionnel sur l'existant. L'isolement dans la chambre est choisi comme une alternative, mais n'est guère plus supportable que la vie en collectivité. La vie en collectivité est difficile et peu d'efforts sont faits pour tisser des liens avec les autres parce qu'ils sont le miroir de soi. La perte d'autonomie empêche l'accès à certaines activités et l'emploi du temps traduit le vide de l'existence en institution.

Face au sentiment d'enfermement, des comportements de résistance peuvent apparaître. Etant donné que l'institution est parfois intrusive dans l'existence des personnes qui y vivent, les personnes les plus vulnérables peinent à faire valoir leur intimité ce qui peut créer des conflits. C'est ce qu'Isabelle Mallon nomme : la résistance. Il s'agit plutôt de comportements isolés qui ne sont pas perçus par l'établissement comme une participation sous forme de revendication mais comme des difficultés d'adaptation. Pour autant, ce conflit peut être considéré comme une forme de participation sociale dans le sens où il s'agit d'un investissement contre l'institution. En somme, l'adaptation est mal vécue ce qui entraîne une forme de participation qui tire sa source dans le conflit à l'institution. Cela s'est observé lors d'un CVS auquel j'ai participé où une résidente à la fin de l'instance a pu énumérer tous les éléments qui dysfonctionnaient à son sens. Cette façon de faire semblait habituelle aux yeux des autres membres du CVS et n'a surpris personne.

Du côté des résidents, l'adaptation à l'institution n'est donc pas innée et la construction identitaire au sein de l'établissement peut se faire parfois contre l'institution elle-même. Ainsi, ce qui peut être perçu comme une difficulté d'adaptation s'avère être une façon d'exister au sein de l'institution. Dans ce cas, l'enjeu de la communication interne est donc de permettre à ces personnes de ne plus se construire contre, mais avec l'institution. Si ce n'est pas possible, alors il convient d'accepter ces comportements comme des formes de participation à part entière.

## 2.3 Un seul établissement mais trois identités distinctes

Enfin, des freins émergent également de l'institution elle-même dans le sens où elle ne s'inscrit pas toujours dans une identité unique. Comme expliqué en introduction, l'enquête a été menée au sein d'un CH qui dispose d'un secteur sanitaire et d'un secteur d'hébergement répartis sur deux sites. Cette organisation multisite résulte de la fusion en 2017 du CH et de l'EHPAD. Or, pour comprendre les difficultés identifiées dans la communication interne, il faut s'interroger sur la dynamique identitaire à l'œuvre au sein de l'établissement qui résulte directement de cette fusion. Plus précisément, nous allons voir qu'il y a eu plusieurs écueils lors du rapprochement des deux établissements. De plus, les identités très fortes développées au sein du secteur sanitaire et du secteur médico-social sur le site A génèrent également des difficultés de communication interne.

### 2.3.1 Plusieurs écueils lors de la fusion qui a été génératrice d'un renforcement identitaire

Pour comprendre la place qu'occupe le site B au sein de l'établissement, il nous faut prendre en considération sa situation vis-à-vis du site A et revenir sur l'historique de la fusion qui a été menée entre ces deux sites. Le second site se situe dans un secteur rural isolé contrairement au site A qui se situe dans un milieu plutôt urbain. Avec une 60<sup>aine</sup> de places, il s'agit d'un petit site avec une petite équipe de 37 personnes. Tout cela prend forme dans un cadre particulier puisqu'il s'agit d'un château accolé à un bâtiment qui date des années 70. Le site n'est donc pas adapté au public qui est accueilli et les conditions de travail y sont particulièrement contraignantes.

Ce site appartenait auparavant au ministère de l'intérieur mais ce ministère a décidé de se séparer des établissements médico-sociaux qui étaient sous sa tutelle. Ainsi, ces établissements ont été rattachés au ministère des solidarités et de la santé. On voit donc que l'établissement n'était pas volontaire dans cette démarche. Il n'a pas été à la manœuvre et n'a donc pas porté ce projet. Pour reprendre les termes de la directrice actuelle, il s'agit d'une fusion menée « *à marche forcée* », c'est-à-dire, dont les acteurs n'ont pas été à l'initiative ou volontaires. Afin de comparer les modalités de conduite de la fusion au sein de l'établissement, un entretien a été réalisé avec une directrice d'établissement sanitaire social et médico-social, qui a porté la fusion de deux grands établissements avec succès. Elle explique :

*« Pour qu'une fusion soit réussie, il faut d'abord que les acteurs soient volontaires dans la démarche. »*

---

Femme, 45 ans, directrice d'un autre établissement

Ainsi, l'aspect volontaire de la démarche est important. Or, ici, on voit que ni les agents, ni l'encadrement ou la direction de l'établissement, n'a été à l'initiative de cette fusion. C'est donc un changement qui a été vécu comme subi par les agents du site B.

De plus, la directrice m'explique les éléments de vigilance nécessaires au bon déroulé d'une fusion. La réussite d'une telle démarche repose notamment sur une présence de la direction, la stabilisation de l'encadrement et la mise en avant de la valeur ajoutée du rapprochement des deux structures. Or, nous allons voir que les conditions nécessaires à la réussite de la fusion entre les sites A et B n'ont pas été réunies.

Ainsi, la présence de la direction sur le second site n'a pas pu être aussi soutenue que nécessaire. Plus précisément, la directrice qui a mené la fusion, a pris sa retraite l'année suivante, c'est donc une nouvelle directrice qui a hérité de la situation. Peu après la fusion, le second site présentant un large déficit, il a été décidé de ne pas remplacer le directeur en place qui était donc directeur délégué. Ces équipes ont donc perdu la présence d'un directeur à temps plein. Cette présence a été compensée par celle de la directrice du CH, mais à temps partiel. C'est un second élément décisif sur le bon déroulé d'une fusion : la présence réduite de la direction, de par le non remplacement du directeur en place, a généré un fort sentiment d'abandon.

---

*« Un plus grand temps de présence de la cadre sur notre site permettrait de se sentir plus soutenu et la communication serait facilitée. »*

---

**Femme, 31-40, soignante en EHPAD**

---

*« Plus de présence sur notre site. »*

---

**Femme, 41-55 ans, soignante en EHPAD**

---

*« Lorsque le cadre n'est pas présent sur le site il y a tout de même un sentiment d'isolement (repas de Noël). »*

---

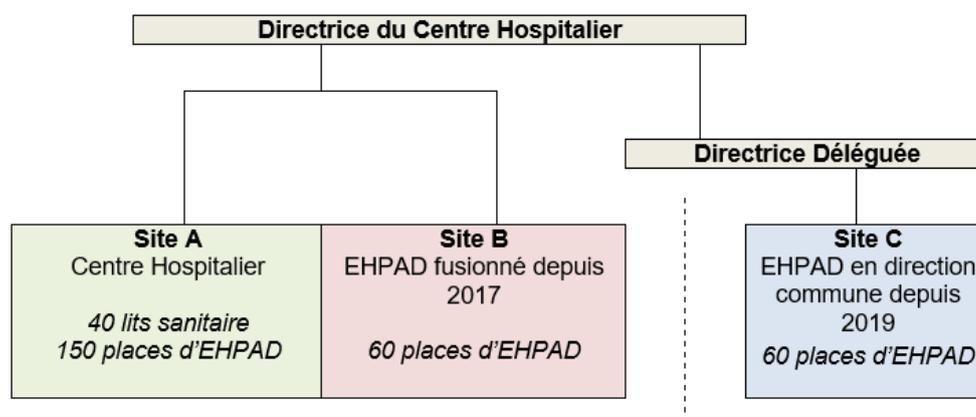
**Femme, 24 ans, soignante en EHPAD**

De plus, on observe une instabilité de l'encadrement et de l'organisation du site B. En effet, la stabilisation nécessaire après la fusion n'a pas eu le temps de s'opérer. Peu après la fusion, la présence du cadre supérieur du site A, a permis de remettre à plat les organisations du site B. Ensuite, durant trois ans, ce second site a connu trois cadres de santé différentes. Après l'encadrement réalisé par le cadre supérieur, l'établissement a procédé au recrutement d'un cadre de santé dédiée au site B. Puis, suite à un changement de cadre en interne, ils ont été encadrés par un autre cadre de l'établissement qui exerçait jusqu'alors sur le site A. Enfin, après que cette personne ait souhaité changer de fonction, l'établissement a procédé au recrutement d'un nouveau cadre pour l'équipe du site B. Il y a eu une forme d'instabilité dans l'encadrement, ce qui a participé à créer un sentiment d'insécurité au sein de cette équipe renforçant sans doute l'identité du « Nous » en opposition au « eux ». Dans le fonctionnement actuel de la structure, on observe également que les fonctions supports sont toutes situées

sur le premier site, celui du Centre Hospitalier. Ainsi, le site de l'EHPAD n'a pas d'accès direct à ces fonctions support comme le service des ressources humaines ou le service économique. De même, certaines fonctions support ont même déménagé d'un site à l'autre. C'est le cas de la cuisine par exemple qui se situait sur place avant la fusion et qui a dû déménager par la suite à cause d'une situation sanitaire inadéquate. Le non accès en direct aux fonctions support participe à créer un sentiment d'isolement des équipes sur place.

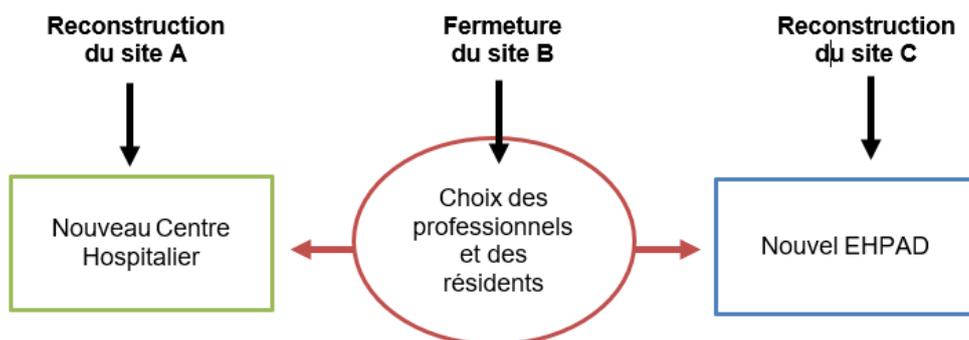
Enfin, la valeur ajoutée de la fusion n'est pas encore palpable pour les agents du site B. Lors de la fusion, les professionnels ont dû subir un changement de statut puisqu'ils sont passés de la fonction publique d'état à la fonction publique hospitalière. Cela sous-tend une perte économique sur leur bulletin de salaire dans un premier temps. Ainsi, ces professionnels ont d'abord vécu la perte avant même de commencer à entrevoir les gains. Ces gains étant liés à la nouvelle articulation qui se prépare et à la possibilité d'exercer, dans 5 ans, dans des locaux neufs et adaptés. Mais cela est encore très éloigné pour eux.

Pour autant, cette fusion ne constitue pas l'étape finale de la réorganisation du Centre Hospitalier et l'articulation actuelle telle qu'elle est décrite dans le schéma ci-dessous, n'est qu'une étape intermédiaire vers une autres organisation.



Comme expliqué en introduction, outre la fusion avec l'EHPAD du site B, la direction commune avec l'EHPAD du site C réalisée en 2019 sont les leviers de la mise en place d'une nouvelle articulation. Ainsi, d'ici à 5 ans, les sites A et C vont reconstruire leurs locaux sur site tandis que les professionnels du site B vont voir leurs locaux fermer et devront déménager soit sur le site A, soit sur le site C comme décrit dans le schéma ci-dessous<sup>34</sup> :

<sup>34</sup> Schéma complet disponible en annexe 6



Ce changement constitue une source d'angoisse, en particulier pour les professionnels du site B qui vivent avec la perspective de devoir déménager et se familiariser à un nouvel environnement de travail. L'un des catalyseurs de leurs angoisses est l'idée dans l'imaginaire collectif d'une grosse entité qui absorbera la plus petite. En somme, le site A qui absorbe le site B. Les changements inclus sur leur fonctionnement actuel - comme l'idée par exemple, de perdre un esprit de famille absorbé par une grande organisation déshumanisante - leur donne l'impression d'être, de fait, les perdants de cette situation. L'enjeu est donc d'expliquer qu'une grande unité de gestion - que sera le site A après reconstruction - ne signifie pas forcément de grandes unités de vie pour les résidents et de travail pour les agents. Bien au contraire, le site A, bien que plus grand, se divise en une unité sanitaire et 6 unités d'hébergement. Ces unités sont donc - chacune prise individuellement - plus petite que le site B qui se constitue en une seule unité.

Ainsi, du fait de ces différents écueils, on voit aujourd'hui que la fusion n'est en réalité qu'administrative et juridique et qu'il n'y a pas pour le moment de convergence d'identité. Pour autant, les pratiques de la directrice actuelle tendent à favoriser un accompagnement soutenu de la nouvelle organisation et tentent d'impulser cette convergence d'identité. Pour favoriser la mise en place de cette nouvelle articulation, et pour compenser la présence réduite de la directrice sur site, il a été pensé une nouvelle organisation faisant intervenir la directrice déléguée - actuellement en responsabilité sur le site C - sur le site B afin d'assurer un temps de présence de la direction plus soutenu. Le but est de favoriser une connaissance mutuelle entre le site B et le site C.

### 2.3.2 Une double identité entre secteur sanitaire et secteur médico-social

Au-delà de la problématique identitaire résultant de la fusion entre les deux sites, une autre question liée à l'identité semble émerger au sein du site A. Cette question identitaire a été mise en exergue par les difficultés générées par la politique de mobilité interne. En effet, l'établissement a pour politique de pratiquer une mobilité interne basée en premier lieu sur le volontariat, puis, si le nombre de volontaires n'est pas suffisant, en imposant le nouveau

service d'affectation tout en essayant de respecter les choix éventuels formulés par la personne en question. Cette politique de mobilité interne est justifiée par la lutte contre la maltraitance et l'importance des regards croisés sur les pratiques professionnelles. Cette mobilité s'applique aux personnels soignants et concerne tous les services.

Or, on remarque qu'une forte réticence à la mobilité interne et notamment entre le service sanitaire et les services d'hébergement existe au sein des agents de l'établissement. L'idée défendue par ces agents est celle d'une vocation et notamment d'être fait intrinsèquement pour tel ou tel type de service. En somme, c'est comme si les caractéristiques propres de ces personnes empêchaient un changement de service.

De plus, ce blocage entraîne une forme d'incompréhension de la part de ces agents quant aux objectifs de mobilité. Ces objectifs sont pourtant rappelés chaque année dans une note de service<sup>35</sup>. Néanmoins, on remarque que plusieurs commentaires recueillis auprès des agents attestent de cette forte incompréhension :

Ce blocage est symptomatique d'un « mal » plus profond : le différentiel identitaire à l'œuvre dans l'établissement entre d'un côté le sanitaire et de l'autre le médico-social. Ainsi, la notion d'identité professionnelle au sens de Renaud Sainsaulieu<sup>36</sup> (SAINSEULIEU, 1988) joue un rôle important car dans l'action collective, l'acteur s'identifie à un groupe. Or, ce qui se passe ici, c'est que ces agents s'identifient chacun à un groupe de pairs différent avec qui ils vont avoir des intérêts communs. Il y a, en somme, une véritable problématique d'identité entre ces services ce qui rend la mobilité interne difficile.

---

<sup>35</sup> Note de service disponible en annexe 6

<sup>36</sup> Sainsaulieu Renaud, *L'identité au travail*, 3<sup>e</sup> édit, Paris, Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), « Références », 1988, 480 pages

---

*« Certaines personnes sont faites pour l'EHPAD d'autres pour la médecine. »*

---

**Femme, 31-40 ans, soignante en médecine/SSR**

---

*« Satisfaite pour la mobilité entre les allées, mais beaucoup moins entre la médecine et l'EHPAD. »*

---

**Femme, 25-30 ans, soignante en EHPAD**

---

*« Nous ne sommes pas tous animés par le même projet professionnel entre EHPAD et médecine. »*

---

**Femme, 41-55 ans, soignante en médecine/SSR**

---

*« Incompréhension totale par rapport aux modalités imposées. »*

---

**Femme, 31-40 ans, soignante en médecine/SSR**

---

*« Je trouve choquant "d'envoyer" des soignants en médecine à leur insu. »*

---

**Femme, 31-40 ans, soignante en EHPAD**

On retrouve ici des mécanismes similaires à ceux décrits dans la théorie des mondes de l'art d'Howard Becker<sup>37</sup>. Selon l'auteur, les mondes de l'art sont des espaces plus ou moins hermétiques les uns par rapport aux autres qui possèdent leur propre système de normes et de valeurs. Ces mondes s'articulent autour de conventions, de règles partagées par les acteurs en faisant partie. (BECKER, 1988). Ces conventions permettent aux acteurs d'avoir une cohérence dans leurs actions mais créent aussi un sentiment d'appartenance de ceux qui les partagent. Ces mécanismes se retrouvent de manière similaire au sein de l'établissement.

Par exemple, s'affrontent deux visions du métier de soignant : l'expertise sociale telle que décrite par Anne-Marie Arborio,<sup>38</sup> (1996) et l'aspect technique du métier. Ces deux visions correspondent aux conventions à l'œuvre entre les agents des services d'hébergement d'un côté et ceux du service sanitaire de l'autre. De ce fait, au sein des services médico-sociaux est mise en avant l'idée que l'expertise sociale, la connaissance fine et approfondie des résidents, est attendue. A contrario dans le service sanitaire un groupe de professionnels entretient l'idée qu'un niveau de technicité plus grand est attendu. Cela explique en partie la difficulté de mobilité interne entre les deux. Certains soignants expriment leur incapacité à travailler en médecine en raison d'un turn-over plus important et d'une durée de séjour plus réduite empêchant de créer une véritable relation avec les personnes.

Ce que Becker (1988) décrit concernant les mondes de l'art, nous pouvons nous l'approprier pour décrire les mondes sociaux du sanitaire et du médico-social au sein de l'établissement. Ce différentiel d'identité entraîne inexorablement une forme d'étanchéité entre ces deux « univers » qui se traduit notamment par un manque de communication, de compréhension mutuelle et donc, à fortiori, de coordination entre ces services. C'est ce dont témoignent ces nombreux commentaires d'agents qui attestent d'une difficulté de coordination entre leurs services respectifs, voire même d'une « rivalité » entre ces services :

---

*« Il manque un lien entre EHPAD et médecine. »*

---

**Femme 31-40 ans, soignante en médecine/SSR**

---

*« Manque de communication entre médecine et EHPAD, surtout concernant les transferts. »*

---

**Femme, 25-30 ans, soignante en EHPAD**

---

*« Entente difficile entre médecine et EHPAD depuis très longtemps, il existe une rivalité. »*

---

**Femme, 31-40 ans, soignante en médecine/SSR**

---

*« Pas de réelles coordinations entre les différentes équipes EHPAD et médecine, »*

---

**Femme, 41-55 ans, soignante en EHPAD**

---

<sup>37</sup> Becker Howard, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 1988, 384 p

<sup>38</sup> Arborio Anne-Marie, *op cit.* p. 87-106.

De ce fait, on voit qu'au sein de l'entité que représente l'établissement, il y a en fait trois identités qui co-existent : le service sanitaire, les services d'hébergement et le site B qu'est l'EHPAD fusionné. Même si les mécanismes identitaires qui sont à l'œuvre ne sont pas les mêmes, cet état de fait complique la tâche qui consiste à générer un sentiment d'unité et d'appartenance et donc, une forme d'adhésion à l'institution.

### **3 S’inspirer de la communication en situation de crise pour élaborer un modèle de communication**

A la lumière de cette contextualisation, l’objectif d’adhésion à l’institution porté par la communication interne semble relever de l’impossible. Pour autant, les événements liés à la crise du COVID 19 ont généré une forme de renforcement identitaire sur lequel il semble intéressant de forger un modèle de communication interne. De toutes ces observations nous pouvons formuler un certain nombre de préconisations dans la mise en place d’une stratégie de communication en interne.

#### **3.1 La communication de crise, un contexte troublé mais qui a généré un sentiment d’appartenance**

Dans la vie d’un établissement, on peut identifier des moments de tensions ou de situations sanitaires exceptionnelles qui nécessitent alors une communication exceptionnelle. C’est ce qu’on appelle la communication de crise, qui se différencie de la communication au quotidien. En situation de crise, on pense souvent à la communication externe, avec les médias, les autorités, la population etc. Pour autant, il ne faut pas négliger la communication en interne qui se trouve, elle aussi, bien souvent modifiée par la situation de crise. Cette communication de crise s’illustre par sa structuration très forte qui prend place dans un contexte particulièrement évolutif. De plus, elle possède une dimension symbolique toute particulière.

##### **3.1.1 Une communication de crise extrêmement structurée qui compense une forte évolution des directives**

L’un des éléments majeurs de la communication en situation de crise sanitaire c’est sa structuration particulière qui facilite la transmission de l’information. En effet, les situations de gestion de crise s’identifient au regard de la création d’une cellule de crise, instance collégiale dédiée. Les missions de cette cellule de crise sont définies de la manière suivante :

*« Les principales missions de la cellule de crise hospitalière : La CCH constitue l’organe de commandement de l’établissement lors de la gestion des tensions hospitalières et des SSE : **les informations y sont centralisées, la tactique y est décidée et les instructions données en conséquence.** Ses principales missions sont les suivantes :*

- *analyser la situation ;*
- *coordonner les actions ;*
- *prendre les décisions permettant de répondre à la situation, notamment :*

- *adapter l'organisation des soins et organiser la prise en charge médicale des patients tout en assurant la continuité des soins ;*
- *dimensionner les moyens matériels à mobiliser et assurer un soutien technique / logistique ;*
- *assurer le suivi des victimes et l'accompagnement des familles ;*
- *assurer la sécurisation de l'établissement (personnel, patients, visiteurs, etc.).*
- *assurer le lien avec les autorités ;*
- ***communiquer en interne (institutionnelle) et en externe (avec les autorités et les médias).*** »<sup>39</sup>

Avec cette définition, on voit comment la centralisation de l'information et le grand rôle apporté à la communication fait de cette cellule, l'organe central de la gestion de crise. Ainsi, en situation de crise il y a un mouvement de convergence vers une seule instance de communication. Ce n'est donc plus une personne ou une fonction qui communique un message mais une cellule collégiale.

Cette cellule de crise réunie tous les acteurs parties prenantes autour de la table. Cela a pour effet positif de structurer et d'encadrer un débat qui a lieu normalement dans divers espaces de l'établissement. Ainsi, le lieu unique d'échanges devient la cellule en question et la communication n'en sort qu'une fois harmonisée et acceptée par les acteurs participant aux débats. Les agents, eux, n'assistent alors pas aux divers échanges qui se déroulent à huis clos au sein de la cellule. On a ainsi avec une seule entité communicante qui donne le cap, de manière claire et précise aux agents.

Cela va dans le sens de ce qu'explique l'une des cadres de santé au sujet de ses pratiques de communication en temps de crise :

*« On communique moins, on se range derrière la communication officielle. »*

---

**Femme, 40 ans, cadre de santé**

Ainsi, la dimension transmission d'information qui fait partie de la communication interne – même si elle n'en est pas la seule composante - est facilitée en situation de crise par la mise en place de cette cellule dédiée.

Pour autant, la communication de crise se caractérise également par son caractère rapidement évolutif. En effet, la communication évolue au jour le jour, voire heure par heure. Il y a donc un accroissement de l'information. Une nouvelle information venant parfois contredire la précédente. Toutefois, cela ne représente pas en soi un problème dans le sens où, à partir du moment où une information ou une directive est tranchée en cellule de crise,

---

<sup>39</sup> Ministère des Solidarités et de la Santé, Guide de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles. 2019, 219 p.

tous les outils de communication interne cités précédemment sont mobilisés pour transmettre ce message clair et précis aux agents. Cela facilite les choses dans le sens où tous les outils diffusent la même information. L'information perd alors son caractère pléthorique et se structure autour d'éléments réduits. C'est une forme de vulgarisation et de facilitation de l'information.

Il en est de même concernant la communication interne avec les usagers de l'établissement. Dans l'établissement d'enquête, une structuration et une temporalité précise se sont mises en place avec l'envoi d'une lettre hebdomadaire à chaque résident. Le but de cette lettre a été d'informer sur l'évolution de la situation en interne et sur les mesures mises en place.

### ***Focus : La crise sanitaire, une appropriation de l'outil numérique ?***

La crise sanitaire vécue dans l'établissement a permis également de faire émerger l'outil informatique dans les pratiques quotidiennes des agents et des résidents. C'est le cas par exemple avec l'outil de conférence vidéo Skype qui s'est largement développé au sein de l'établissement et qui a permis de pallier la distanciation physique des usagers avec leurs familles. De même, pendant la crise, l'établissement a reçu sous forme de dons quatre assistants vocaux. Ces assistants ont été progressivement intégrés dans la relation de soins et ont permis au personnel soignant de se familiariser avec l'utilisation de l'objet numérique lors de soins. Ils ont notamment été utilisés pour mettre de la musique douce et apaisante lors de toilettes.

On peut estimer à travers ces deux exemples que cela constitue une avancée dans l'appropriation de l'outil informatique dans les pratiques.

Le recours aux mails est également un exemple de l'émergence de l'outil informatique dans les pratiques quotidiennes des agents. En effet, durant la crise, cet outil de communication a été mobilisé alors qu'en temps normal il ne s'agit pas d'une modalité de communication commune.

*« Comme les mails là, depuis trois semaines je n'en ai pas envoyé parce qu'à un moment on envoyait beaucoup de mails et j'ai dit : on arrête dès que la crise est terminée et on repasse à Osiris. »*

---

**Femme, 35 ans, Directrice de l'établissement**

A la marge, la communication externe elle aussi s'est structurée, notamment sur les réseaux sociaux afin d'informer le public de la situation interne à l'établissement. Ainsi, il semble que la crise sanitaire ait constitué une étape de plus vers l'appropriation et la légitimation de l'outil numérique dans les pratiques professionnelles.

### 3.1.2 Une dimension symbolique forte renforçant le sentiment d'appartenance

La communication de crise se caractérise également par une dimension symbolique forte. Cela passe en premier lieu par le fait d'avoir un ennemi commun identifié, en l'occurrence, le virus du COVID-19. Cet ennemi commun identifié participe à la création d'une identité commune forte : « *nous contre le COVID* ». Cela facilite alors la communication en interne avec les professionnels et les usagers en générant un sentiment fort d'appartenance à l'institution. Comme me l'explique l'ingénieure qualité :

*« Il y a un fort besoin de montrer qu'on est la même équipe. C'est nécessaire à la communication. [...] Ce qui se joue c'est l'être ... l'être ensemble autant que le message. »*

Femme, 40 ans, ingénieure qualité

A partir de ce moment, tous les intérêts divers des acteurs décrits par Crozier et Friedberg<sup>40</sup> (1977) s'atténuent pour converger vers un objectif commun. Ainsi, quand en temps normal les intérêts des acteurs divergent de ceux de l'institution et les stratégies individuelles servent des objectifs personnels, ici les intérêts des acteurs et ceux de l'institution convergent et les stratégies individuelles s'effacent.

Ce phénomène est encore plus vrai s'agissant de cette crise particulière dans le sens où la figure du soignant a été singulièrement exaltée et dépeinte comme un super-héros sur les réseaux sociaux et dans l'opinion publique. Au début de la crise, la figure du soignant a été évoqué comme celle du soldat qui combat pour son pays. L'exemple du dessin de presse ci-contre de Plantu paru dans l'édition du Monde du 25 mars 2020<sup>41</sup> témoigne en ce sens :



Toutefois, il est nécessaire de mentionner un point de vigilance dans l'appréhension de ce contexte particulier. En effet, dans le même temps qu'il crée un fort sentiment d'appartenance à l'institution et fait converger les intérêts des acteurs, il peut créer également un sentiment

<sup>40</sup> Crozier Michel, Friedberg Erhard, *op. cit.* 448p.

<sup>41</sup> Dessin disponible en annexe n°7

d'exclusion. Cette mise en avant et cette valorisation de la figure du soignant est génératrice d'un clivage dans les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux entre les différents professionnels. On trouve ainsi d'un côté, le personnel soignant, placés sur le devant de la scène et de l'autre, les autres professionnels, qu'ils soient agents administratifs, animateurs, éducateurs qui ont continués d'œuvrer pendant la période mais qui n'ont pas bénéficié du même statut dans l'opinion publique. En position de direction, il est donc nécessaire de s'appuyer sur ce contexte favorable mais en prenant en considération ce risque de clivage, pour adapter sa communication interne en conséquence. C'est le seul moyen pour permettre véritablement un sentiment d'appartenance à l'institution qui soit généralisé à tous les professionnels

Dans ce contexte particulier, les intérêts des acteurs sont ainsi supplantés non seulement par les intérêts de l'institution au sein de laquelle ils œuvrent, mais également par les intérêts nationaux, le soignant devenant premier serviteur de son pays. Ce contexte très particulier favorise la bonne transmission d'une communication en interne. L'ingénieure qualité de la structure le résume ainsi :

*« Il faut que ça les touche, sinon la communication est à côté. »*

---

**Femme, 40 ans, ingénieure qualité**

De fait, dans ce contexte de crise, il y a un sentiment fort d'appartenance qui se développe au sein de l'institution. Ce sentiment d'appartenance étant accrue, chacun se sent concerné par les communications qui sont produites en interne. Le contexte de crise sanitaire favorise donc le « faire institution ». Cela se traduit par exemple à travers des personnels soignants qui ont fait le choix collectivement de se confiner au sein de leur établissement d'exercice pendant plusieurs semaines par sécurité pour les patients et résidents. A ce moment-là, nous avons une représentation extrême de ce que « faire institution » signifie.

### **3.1.3 Les effets positifs de la communication de crise sont-elles transposables au quotidien ?**

Pour autant se pose la question de la transposabilité de cette communication de crise, très spécifique, à la communication quotidienne. Dans sa dimension pratique, il est sans doute en partie possible de la transposer, mais dans sa dimension symbolique, la chose est plus complexe.

En effet, s'il s'agit d'identifier les éléments qui fonctionnent dans la communication de crise, alors on pourra s'inspirer de sa structuration toute particulière. En effet, comme expliqué précédemment, la structuration en cellule de crise présente l'avantage de réunir tous les

acteurs parties-prenantes autour de la table. De plus, les débats ont lieu à huit clôt, ce qui clarifie la distribution du message par la suite. De fait, la dimension information de la communication s'en trouve clarifiée.

Néanmoins, il faut nuancer et prendre en compte le contexte spécifique de la crise. Lors d'une crise, on communique sur un seul sujet qui prend alors toute la place dans l'espace public. C'est une forte particularité de la communication de crise. Or, au quotidien, il n'y a jamais qu'un seul sujet de communication dans l'établissement mais bel et bien pleins de sujets enchevêtrés les uns avec les autres. Pour pouvoir reproduire de manière judicieuse les effets positifs de la communication de crise, l'enjeu va être d'organiser le temps et l'espace pour permettre de consacrer à chaque sujet un temps et un espace spécifique dédié.

Ainsi, il est nécessaire d'organiser dans l'espace et le temps la distribution de l'information afin de donner des repères. Cette temporalisation passe par exemple par l'organisation de grands temps d'échanges à des moments spécifiques de l'année ou par l'organisation d'une réunion d'information générale, une à deux fois par an pour donner un cap. Cela passe également par un affichage clair avec des espaces spécifiques dédiés. L'organisation et la temporalisation de l'information permet par la suite de pouvoir organiser les échanges avec les acteurs parties prenantes sur des thématiques particulières.

En revanche, ce qui semble non-reproductible au quotidien, c'est bien la dimension symbolique propre à la communication de crise. La figure du soignant dépeint en héros de la nation, l'identification d'un ennemi commun à travers le COVID-19, sont autant d'éléments qui participent à générer un sentiment d'appartenance à l'institution mais qu'on ne peut reproduire au quotidien. Pour autant, la communication interne au quotidien doit permettre tout de même de cultiver ce sentiment d'appartenance. Cela ne passera pas au quotidien par l'identification d'un ennemi commun. Pour autant, il faut pouvoir transmettre dans sa communication un sentiment de devenir en commun, d'une appartenance à l'institution.

### **3.2 Quels prérequis pour élaborer une stratégie de communication qui favorise le sentiment d'appartenance ?**

Comme nous l'avons vu, ce contexte de crise a favorisé un sentiment d'appartenance à l'établissement. Or, en dehors de ce contexte particulier, ce sentiment est moins perceptible et les stratégies individuelles reprennent leur place. Il est donc nécessaire de véhiculer dans sa communication des éléments qui favorisent l'émergence d'un sentiment d'appartenance similaire. A la lumière des constats que nous avons pu élaborer concernant les enjeux de la communication interne, nous pouvons identifier plusieurs prérequis à l'élaboration d'une stratégie de communication interne qui puisse tendre vers cet objectif.

Ces éléments peuvent par exemple s'inscrire dans l'idée d'une prise de poste imminente. La question qui se pose est : comment s'y prendre pour élaborer une stratégie de communication interne qui puisse favoriser un sentiment d'appartenance à l'institution ? Comme nous l'avons vu, ces éléments se caractérisent tant en matière de savoir-faire que de savoir-être.

### **3.2.1 S'imprégner du contexte de l'établissement et des stratégies à l'œuvre**

Tout d'abord, il semble nécessaire de rappeler qu'en matière de communication interne, il n'y a pas de recette magique et la lecture de ces préconisations est à prendre au regard du contexte spécifique dans lequel s'inscrit chaque établissement car la communication est d'abord dépendante du contexte d'un établissement et de ses pratiques. Une stratégie de communication qui fonctionne est d'abord une stratégie qui prend en compte ce contexte. Ainsi, il est avant tout nécessaire de s'imprégner du contexte de l'établissement et de son historique. C'est à la lumière de ces éléments qu'une communication interne efficace - dans le sens où elle va créer de l'adhésion - et pertinente pourra être mise en place.

S'imprégner du contexte, c'est aussi identifier les stratégies à l'œuvre au sein d'un établissement comme les enjeux de pouvoirs entre les différentes parties prenantes, l'ascendant d'un agent sur un groupe d'autres professionnels etc. Tous ces éléments peuvent brouiller le sentiment d'identité dans l'établissement et rendre une communication interne inaudible ou inadaptée. Cela concerne également les phénomènes de résistances chez les résidents. Afin de faciliter l'accompagnement de ces personnes et leur adhésion à l'institution, il est nécessaire de comprendre les raisons d'une potentielle résistance.

Enfin, cela passe par l'identification des différents sentiments d'identités présents au sein de l'établissement. Comme nous l'avons vu, une seule entité juridique, et donc un seul établissement, ne signifie pas qu'une seule dynamique identitaire est à l'œuvre. En effet, les conflits entre plusieurs groupes identifiés sont courants. Bien souvent en établissement de santé ou médico-social on retrouve des rivalités entre deux services de soins, des rivalités entre professionnels soignants et agent administratifs, des conflits entre équipe de jour et équipe de nuit etc.

Tous ces éléments contextuels, sont autant d'informations qu'il est nécessaire de récolter, de comprendre et de mettre en forme s'agissant d'élaborer une stratégie de communication interne pertinente au sein d'un établissement. Cela va permettre de fixer des objectifs autre que la simple transmission d'informations. Il peut s'agir par exemple de faire désenfler la rivalité entre deux équipes ou de diminuer le différentiel de pratiques entre deux services.

### **3.2.2 Structurer sa communication en organisant les sujets dans le temps et l'espace : Elaborer un plan de communication**

En temps de crise on parle de plan de communication, c'est-à-dire d'une communication structurée dans le temps et l'espace. A chaque sujet sa temporalité et son espace de discussion. Il s'agit en somme d'être vecteur de sens dans sa communication.

Le temps s'organise en s'appuyant sur des instances dédiées mais également en instituant des espaces de discussion moins formels dédiés. Pour un projet d'envergure et qui s'étale dans le temps, pourquoi ne pas créer un espace d'échanges ritualisé - une fois par mois ou une fois tous les deux mois - en fonction du sujet ? Encore une fois, il s'agit de faire preuve de souplesse. Si le sujet devient brulant, il sera sans doute nécessaire de rapprocher les espaces de discussion pour désamorcer les conflits potentiels. A l'inverse, si le sujet ne pose pas question outre mesure, on pourra espacer les temps de communication.

En somme, il s'agit d'élaborer une véritable stratégie de communication interne au quotidien. Il faudra alors répondre aux questions suivantes : Quels éléments je souhaite donner sur ce sujet particulier ? A quel moment ? Dans quel espace ? L'élaboration de règles de fonctionnement communes participe à donner du sens, des repères et de la clarté. Par exemple, dans le cadre d'un exercice multi-site, il est nécessaire d'être transparent autant que possible sur sa présence sur tel un tel site afin de donner des repères aux agents.

L'ensemble de ces mesures d'organisation de l'espace et du temps peuvent s'incarner dans un « plan de communication » qui érige en règles ce qui a été défini en interne. Il peut être distribué auprès des professionnels pour transmettre les clés de lisibilité de la communication interne et en faire apparaître les grands éléments. Pour autant, un contexte est toujours évolutif et les pratiques ne doivent pas être écrites dans le marbre mais doivent plutôt évoluer au fil du temps en fonction des situations. En somme, il faut faire preuve de souplesse dans l'élaboration d'un tel plan.

### **3.2.3 Utiliser le bon outil dans le bon contexte sans multiplier les supports**

Ce plan de communication, dans ce qu'il expose doit permettre de mobiliser plusieurs outils de communication interne. Comme nous l'avons vu en introduction, la communication interne ne se réduit pas à la simple délivrance de l'information. En effet, la communication interne se caractérise par six dimensions que sont : l'information, la convivialité, la fédération, la participation, l'implication et l'identification. De ce fait, il est important de pouvoir manier différents outils de communication interne en fonction de la dimension ou des dimensions qu'on souhaite mobiliser. Nous l'avons vu, il existe pléthore d'outils ou de support pour

communiquer en interne. Néanmoins, l'art réside dans le fait de savoir choisir les outils adaptés à un contexte particulier et à la dimension de la communication interne que l'on souhaite mobiliser. Ainsi, si l'objectif est de fédérer et de favoriser la participation, il s'agira sans doute d'organiser une réunion d'information générale. En mobilisant la relation interne personnelle, au-delà des échanges, le message que l'on souhaite distribuer est : nous sommes tous ensemble.

Il s'agit également de jouer sur l'aspect formel ou informel. Par exemple : un rappel général sur l'interdiction de fumer en dehors des pauses dédiées peut s'appréhender de différente manière. De manière informelle : passer dans les services pour rappeler à la tenue de cette règle. De manière formelle : par une note de service générale qui pose un cadre plus concret. Cela dépendra du contexte : est-ce la première fois qu'un tel rappel s'impose ? Cela concerne-t-il des agents dans chaque service ou quelques agents dans un service particulier ? Cela génère-t-il un émoi dans l'établissement ? Ou est-ce un phénomène anecdotique ? En fonction des réponses à ces différentes questions, on choisira un mode de communication le plus adapté. Pour un phénomène généralisé qui se produit régulièrement et qui génère une forme de mécontentement, un rappel à la règle formel s'impose par le biais d'une note de service. Pour un phénomène isolé ou centralisé sur un service, auprès de quelques agents et qui ne bouscule pas la vie de l'établissement, un rappel du cadre puis éventuellement un passage dans les services de la direction pourra suffire en tant que modalité de communication. Il s'agit donc de varier les supports pour mobiliser telle ou telle dimension de la communication interne dans un objectif d'adhésion. Un mauvais usage des outils de communication ou une mauvaise appréhension du contexte pourra entraîner dans le cas présent un contournement de la règle.

Néanmoins, il faut être vigilant à ne pas trop multiplier les supports de communication. S'il est effectivement nécessaire de varier les supports en fonction de la dimension qu'on souhaite mobiliser, l'écueil consisterait à ne pas veiller à la cohérence des différents supports entre eux présentant un risque de contradiction et d'incompréhension de la communication en question.

Enfin, il faut également penser la place du numérique en établissement sanitaire, sociaux et médico-sociaux. Ces technologies présentent en effet un véritable intérêt s'agissant de la communication interne dans son aspect de transmission et fluidification de l'information. Pour cela, il est nécessaire d'établir une véritable stratégie du numérique en établissement. Pour autant, il n'est pas pertinent de faire reposer toute sa stratégie de communication sur ce type d'outils car les autres dimensions ne peuvent pas être mobilisées seulement par un support numérique.

### **3.2.4 La relation interpersonnelle : un outil à ne pas sous-estimer mais sans outrepasser le rôle des acteurs de proximité**

A la marge de ce plan de communication qui relève plutôt du savoir-faire, la communication interne repose également sur un savoir-être s'appuyant sur l'implication du « corps du directeur ». Quand la taille de la structure le permet, c'est une modalité de communication qu'il est intéressant de s'approprier. En effet, c'est une des seule qui permet de mobiliser véritablement l'aspect « convivialité » de la communication interne en permettant l'échange et la participation. Comme nous l'avons vu, cela va permettre de répondre à un besoin exprimé des agents d'une présence de la direction à leurs côtés comme pour réduire un hypothétique fossé entre les agents et leur direction ou pour témoigner d'une connaissance précise de la réalité du vécu dans les différents services.

Dans l'exercice de la fonction de directeur, cette présence dans les services à des périodes particulières va pouvoir permettre de témoigner d'un soutien à des moments où cela s'avère nécessaire. Cela peut être le cas par exemple lorsque le décès d'un usager de l'établissement affecte particulièrement certains agents. Cela peut aussi être également le cas lorsqu'une équipe est en difficulté avec une famille. Un déplacement directement dans le service concerné pourra permettre de mettre en forme de manière particulière le message suivant : si cette famille se présente à nouveau, avertissez-moi et je prendrais le relai. Le passage actant d'une proximité physique entre les agents et leur direction soulignant l'idée que : « nous sommes tous dans le même bateau ». Ce type de positionnement va permettre alors d'être véritablement vecteur d'une identité commune et d'un devenir en commun.

Pour autant, si cette modalité de communication à ses avantages, le passage dans les services doit se faire avec parcimonie et de manière réfléchie. D'une part, pour ne pas outrepasser le travail des cadres - à qui revient en premier lieu le contact de proximité avec les équipes - mais également pour inclure dans une dynamique positive les représentants du personnel. D'autre part, pour ne pas créer une forme de dépendance à la présence de la direction et qui ferait que l'absence devienne désorganisant pour les professionnels de l'établissement. En somme, il ne faut pas s'imposer un rythme de passage dans les services qui ne saurait être tenu dans la durée.

### **3.2.5 Le positionnement face à la réception de la communication : ne pas être sachant mais aidant**

Nous avons vu avec Anne-Marie Arborio<sup>42</sup> (ARBORIO, 1996) que les professions soignantes dans les établissements de santé et médico-sociaux avaient leurs propres stratégies de légitimation qui s'appuient sur leurs savoirs. Ces stratégies permettent parfois de contourner les préconisations émanant de l'encadrement et de la direction. Ainsi, dans son positionnement, il convient de ne pas balayer ces stratégies de légitimation en cherchant par exemple à faire valoir sa propre légitimité. Il semble plus pertinent de s'appuyer sur cette légitimation des agents en y apportant une forme de complémentarité. Il faut en somme se positionner comme un soutien. Cela peut s'appliquer à tout corps de métier, y compris en dehors du champ médical ou paramédical.

Là encore, cet adage n'est pas immuable et dans certains contextes, il sera au contraire nécessaire d'adopter une position de sachant afin de montrer sa maîtrise du sujet dont il est question. En effet, ce savoir peut être utile pour rassurer une équipe. A titre d'exemple, lors de la crise du COVID 19, la direction et l'encadrement de l'établissement se sont naturellement positionnés en sachant, décrivant ainsi clairement les directives à suivre. Ce positionnement particulier a permis de rassurer les agents durant la crise.

Néanmoins, cela ne peut être la position à adopter en toutes circonstances et, parfois, montrer qu'on s'appuie sur les compétences des uns et des autres est une force. En somme, il s'agit d'identifier les compétences de chacun pour comprendre finement les choses, les éventuellement résistances ou les enjeux de pouvoir pour les désamorcer. Prendre en compte cette connaissance qui est source de légitimité pour les agents, notamment le personnel soignant.

Ce savoir-être lié au positionnement professionnel est tout à fait important s'agissant du feedback, c'est-à-dire, du retour d'information une fois qu'une communication est transmise. En effet, il est nécessaire, au regard de ce feedback d'adapter sa stratégie de communication.

### **3.2.6 Schéma récapitulatif des éléments précités**

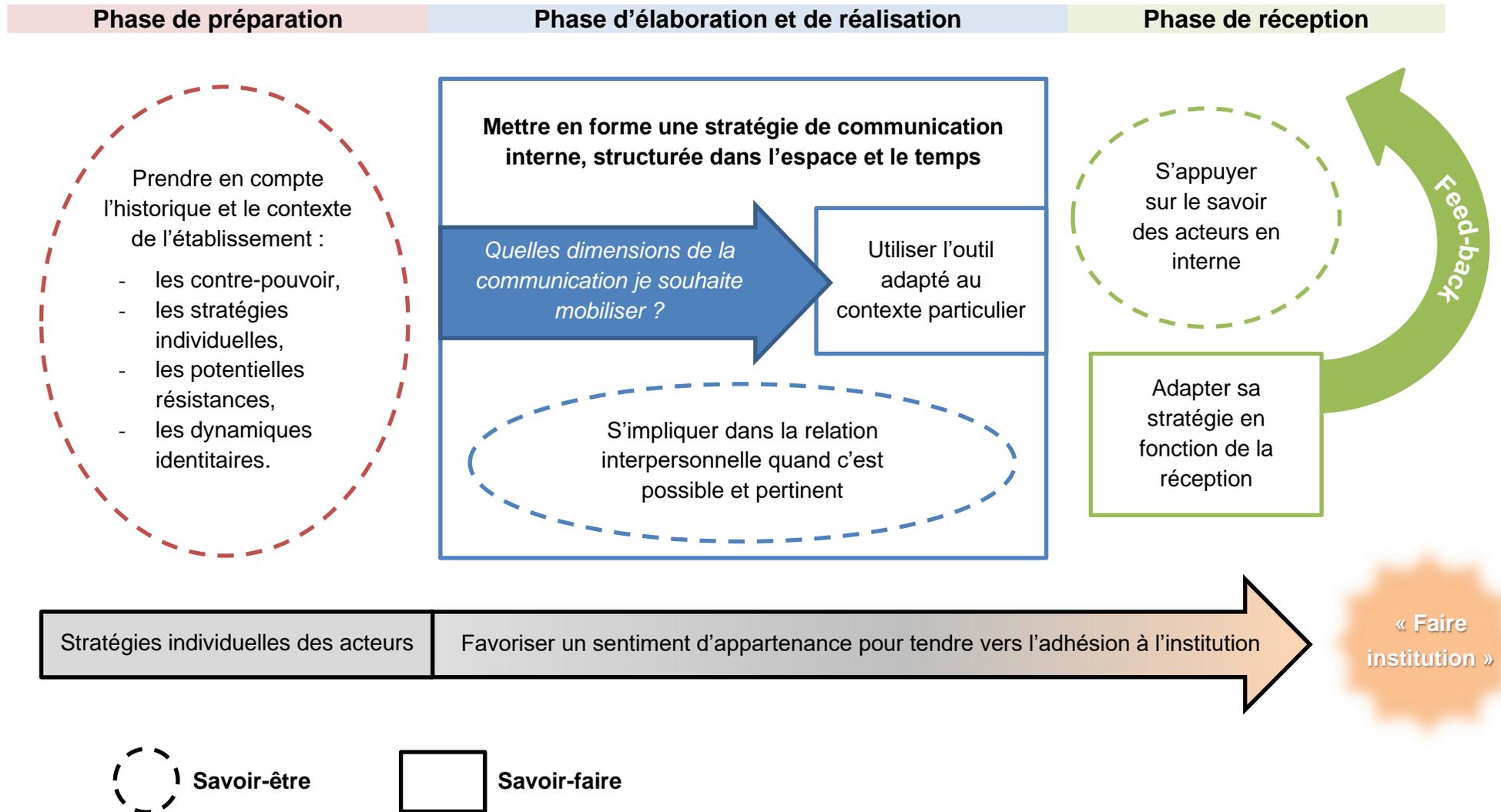
Le schéma ci-dessous permet de mettre en dynamique les différents éléments précités au sujet de la communication interne. En effet, ces éléments s'incarnent dans un processus mouvant qui se termine par le feedback. La temporalité de ces actions s'inscrit dans trois temps : le postulat de départ qui constituent les stratégies individuelles, les enjeux de pouvoir etc. Le second temps qui est celui de la communication interne, la préparation de la stratégie

---

<sup>42</sup> Arborio Anne-Marie, *op cit.* p. 87-106.

et la réalisation de cette communication. Ce processus tend vers un horizon qui n'est jamais atteignable en totalité mais duquel il faut chercher à se rapprocher le plus possible : le « faire institution »

**Quels éléments pour élaborer une stratégie de communication interne qui favorise un sentiment d'appartenance à l'institution ?**





## Conclusion

La communication interne est, comme le référentiel métier du D3S l'indique, une compétence incontournable dans la pratique du métier et qui va bien au-delà de la simple capacité à distribuer de l'information. En effet, la fonction communication n'existe pas pour elle-même et bien souvent, elle est liée à d'autres objectifs.

Quand elle est tournée vers les professionnels, la communication interne s'inscrit comme un levier de management à part entière. Quand elle est tournée vers les usagers, la communication interne est un outil pour humaniser nos institutions et favoriser la participation sociale de ceux-ci. Les objectifs ne sont pas les mêmes, mais dans les deux cas, qu'ils s'agissent de management ou de participation sociale, la communication interne est un outil incontournable pour « faire institution ».

Faire institution est un idéal qui signifie que chacun adhère aux valeurs et aux projets au sein de l'institution. Si cet idéal n'est jamais atteignable totalement, la communication interne est un moyen pour y tendre en favoriser le sentiment d'adhésion à l'institution. L'enjeu est de créer un sentiment d'unité au sein de l'institution. Cela passe incontestablement par la question de l'identité qui est véritablement au cœur de cette question.

Pour autant il n'y a pas qu'une seule identité à l'œuvre au sein d'un établissement. Bien au contraire, généralement, plusieurs dynamiques identitaires se confrontent : entre les différents services, entre les équipes de jour et les équipes de nuit, entre les services administratifs et les services soignants, entre les différents sites quand l'établissement est multisite etc. Ainsi, l'objectif d'adhésion ne peut se réaliser que par le développement d'un sentiment d'appartenance à l'institution. C'est-à-dire : un devenir en commun.

Il en est de même du côté des résidents dans les services médico-sociaux où l'adhésion à l'institution n'est pas toujours acquise. Si certains d'entre eux se construisent dans l'institution et par l'institution, par exemple en y exerçant des fonctions spécifiques comme président de CVS, d'autres se construisent dans un rapport conflictuel à l'institution, en se positionnant contre l'institution. L'enjeu de la communication en interne est donc de permettre à ces personnes de ne plus se construire contre, mais de se construire avec. Et si ce n'est pas possible, alors de reconnaître cette construction identitaire comme une manière d'être à part entière dans l'institution et non comme une difficulté d'adaptation.

Cela semble mission impossible quand on songe aux intérêts divergents qui sont à l'œuvre au sein de l'institution. En effet, générer de l'adhésion devient difficile quand les acteurs ne poursuivent pas toujours les buts de l'institution. De plus, les enjeux de pouvoir étant au cœur des relations sociales, la spécificité du métier de soignant offre, de par son expertise sociale,

un contre-pouvoir supplémentaire. De même, l'adhésion des résidents des services médico-sociaux à l'institution n'est pas chose aisée. En effet, ceux-ci n'intègrent rarement des établissements d'hébergement par leur volonté propre et la manière de se construire au sein de l'institution aboutit parfois à une construction en opposition à l'institution. Ainsi, la communication interne doit permettre de surpasser ces freins et de développer un sentiment d'appartenance à l'institution. C'est en cela qu'elle va pouvoir permettre de tendre vers le « faire institution »

Durant la crise du COVID-19, ce qui a pu être constaté, c'est que le contexte tout particulier a pu faire générer un fort sentiment d'appartenance. D'une part, de par l'identification d'un ennemi commun : le COVID- 19, d'autre part, de par la glorification de la figure du soignant devenant héros de la nation. De plus, la constitution en cellule de crise a permis de structurer la communication interne avec des débats à huit clos. Néanmoins, il semble difficile de reproduire ce contexte hors période de crise. L'enjeu est donc d'élaborer une stratégie de communication interne qui puisse faire converger les stratégies individuelles vers les objectifs de l'institution et générer un sentiment d'appartenance à l'institution hors contexte de crise.

A partir de là, nous pouvons formuler certaines préconisations quant à l'élaboration d'une stratégie de communication interne qui soit vecteur de sens et d'identité vers un sentiment d'appartenance à l'institution : Il est nécessaire de s'imprégner du contexte de l'établissement et des stratégies à l'œuvre et différentes identités, structurer sa communication en organisant les sujets dans le temps et l'espace - dans un plan de communication par exemple -, savoir utiliser le bon outil dans le bon contexte sans multiplier les supports pour ne pas brouiller le sens de cette communication, s'inscrire dans la relation interpersonnelle avec les agents mais sans outrepasser le rôle des acteurs de proximité et, enfin, se positionner non pas comme un sachant mais comme un aidant, notamment dans la manière d'appréhender la réception de la communication.

Enfin, il est également à noter que les outils règlementaires comme le projet d'établissement ou le règlement de fonctionnement doivent être pensés comme des outils de communication interne propices à initier ce sentiment d'appartenance. L'enjeu réside dans la méthodologie de rédaction de ces documents. Leur élaboration doit s'inscrire dans un objectif de fédération autour d'une identité commune vers un sentiment d'appartenance. Ainsi, le mode participatif doit être privilégié autant que possible lors de l'élaboration ou de la mise à jour de ces documents. S'agissant d'un règlement intérieur par exemple, son acceptation sera facilitée s'il est élaboré avec les représentants du personnel ou des agents (les règles régissant la vie au sein de l'établissement étant le fruit d'une négociation et d'un travail collectif). Il en est de même pour un projet d'établissement ou un projet de service où, en conviant tous les acteurs à

s'exprimer, on cherchera à favoriser un esprit participatif. Il s'agira ensuite de communiquer le document en interne afin que les acteurs se l'approprient.

La communication interne n'est pas une compétence innée mais bien le fruit d'un travail de stratégie qui repose sur des savoirs-être et des savoirs-faires. Dans une équipe de direction élargie, il n'est pas rare d'avoir un directeur en charge spécifiquement de la communication et donc, formé à cela. Dans ce cas, son champ de compétence embrasse totalement la question de la communication. S'agissant d'une équipe de direction réduite, avec seulement un directeur ou un binôme de directeurs - comme c'est souvent le cas dans le secteur médico-social - la communication interne n'est alors pas l'unique domaine que la personne aura à traiter. Souvent, dans ce cas, vis-à-vis des autres missions, cela peut passer au second plan. Parfois, la personne n'a même pas été formée spécifiquement à cela. Ici, il y a donc le risque de sous-estimer cette partie du travail qui n'apparaît pas comme brûlante. Pour autant nous aurons vu que la question de la communication interne demeure un levier de management fondamental et un incontournable de la fonction.



---

## Bibliographie

---

### Ouvrages :

- Amblard Henri, Bernoux Philippe, Herreros Gilles, Livian Yves-Frédéric, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Paris, éditions du seuil, 1996, 245p
- Becker Howard, *Les mondes de l'art*, Paris, Flammarion, 1988, 384.p
- Crozier Michel, Friedberg Erhard, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, éditions du seuil, 1977, 448p
- Dubet François, *Le déclin de l'institution*, Paris, éditions du seuil, 2002, 421p
- Foucault Michel, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 318p
- Ion Jacques, Astier Isabelle, Autès Michel, Bessin Marc, Breviglieri Marc, Castel Robert, Chauvière Michel, Chobeaux François, Dubois Vincent, Laval Christian, Murard Numa, Pichon Pascal, Ravon Bertrand, Soulet Marc-Henry, Tissot Sylvie, *Le travail social en débat(s)*, Paris, éditions La découverte, 2005, 267p.
- Loffeier Iris, *Panser des jambes de bois ?*, Paris, éditions du PUF, 2015, 200p
- Mallon Isabelle, *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*, Presses universitaires de Rennes, coll. « Le sens social », 2005, 288 p
- Reynaud Jean-Daniel, *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Collin, 1989, 348p
- Sainsaulieu Renaud, *L'identité au travail : Les effets culturels de l'organisation*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1988, 476 pages
- Weber Max, *Le savant et le politique*, La découverte, 1919, 186 p

### Articles :

- Arborio Anne-Marie, *Savoir profane et expertise sociale. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière*. « Genèses », 22, 1996. La ville : postures, regards, savoirs. pp. 87-106.
- Gallot Sidonie & Le Moëne Christian. (2015). Informations et communications en contexte de mutations organisationnelles et de crise managériale. *Communication & management*, vol. 12(2), 5-12.
- Giroux Nicole, « La communication interne : une définition en évolution », *Communication et organisation* [En ligne], 5 | 1994

- Hassani Nadia. (2016). Conduite du changement organisationnel : le paradoxe d'une intervention systémique brève et durable. *Communication & management*, vol. 13(1), 79-92.
- Michon Christian, « Management et communication interne : les six dimensions qu'il faut considérer », *Communication et organisation* [En ligne], 5 | 1994, mis en ligne le 26 mars 2012
- Yeny Serrano, « Dominique WOLTON, Informer n'est pas communiquer », *Questions de communication* [En ligne], 17 | 2010, mis en ligne le 23 janvier 2012

#### **Textes de loi et décrets :**

- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 relatif au conseil de la vie sociale et aux autres formes de participation institués à l'article L. 311-6 du code de l'action sociale et des familles
- Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

#### **Documents institutionnels et rapports :**

- DGOS – CNG, Référentiel D3S Mission
- DGOS, Rapport sur les recompositions de l'offre hospitalière, 2012-2014
- Ministère des Solidarités et de la Santé, Guide de gestion des tensions hospitalières et situations sanitaires exceptionnelles. 2019, 219 p.
- Projet d'établissement de la structure, 2014 -2018, 140 p.
- Rapport d'activité de la structure, 2019, 148 p.

#### **Lecture spécialisée :**

- Management systémique et dynamique de changement dans les ESSMS : faire face au défi de la complexité. *Les cahiers de l'actif*. n°492-495, août 2017

#### **Mémoires d'anciens élèves :**

- Berion Céline, (2017) « Stratégies de communication en ESSMS : l'importance de l'intégrer dans une démarche globale de marketing »
- Lasconjaria Mathieu, (2017) « *Le développement du numérique en EHPAD : enjeux et perspectives.* »

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1** - Tableau de recensement des commentaires du questionnaire « Ma Qualité de Vie au Travail »

**Annexe 2** – Guide d’entretien

**Annexe 3** – Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

**Annexe 4** - Retranscription d’un entretien

**Annexe 5** - Schéma de l’organisation de l’établissement

**Annexe 6** – Note de service sur la mobilité interne

**Annexe 7** - Dessin du 25 mars 2020 de Plantu dans LE MONDE

## Annexe 1 - Tableau de recensement des commentaires du questionnaire « Ma Qualité de Vie au Travail »

Sexe	Age	Fonction	Commentaires
F	41/55	Soignant	Travail pas toujours reconnu de la direction
F	41/55	Admin	Information sur les projets (en cours, à venir)
F	31/40	Soignant	J'aurai voulu baisser mon temps de travail. Charge de travail Pas tout le temps reconnu par la direction. Pourquoi changer le personnel de service ? Certaines personnes sont faites pour l'EHPAD d'autres pour la médecine Il manque un lien entre EHPAD et médecine. Problèmes réguliers sur la nutrition Pas toujours reconnu par la hiérarchie immédiate. Information claire. Soutien sur augmentation charge de travail quand arrêtés. Difficile d'avoir les formations demandées. Les choses ne sont pas prises en compte. Feuilles mises sans informations préalables. Outils pas toujours pertinents.
F	41/55	Soignant	Les objectifs des changements de services ne sont pas clairs. Qu'attend la direction ? S'il s'agit d'améliorer la formation continue, un changement de 6 mois serait suffisant. Travail en cours afin d'améliorer les transferts entre la médecine et l'EHPAD. Un descriptif clair de sa fonction. Une organisation plus rigoureuse des entrées. Fax pas toujours reçus, manque d'informations. Meilleure gestion du planning. Pas de suivi des groupes de travail. Supervision +++ Bonne écoute lors de l'entretien. Mais toujours la même appréciation notée. Aucun suivi le reste de l'année. Manque de supervision / encouragements. Pas le temps d'avoir les différents dossiers en ligne. Avoir les différents comptes-rendus en support papier pour pouvoir les lire à la maison. La sécurité des soins au travail dépend aussi de l'implication médicale. Les erreurs de prescription souvent à l'entrée du patient, par mauvaise manipulation sur Osiris engendrent des risques pour le patient et engagent notre responsabilité auprès des patients et des familles car nous sommes les premiers confrontés aux informations à donner aux familles (médecin pas toujours présents)
F	31/40	Soignant	Incompréhension totale par rapport aux modalités de mobilité imposées. Une personne qui prenne des décisions qui sache trancher qui soit au courant des différentes infos et qui soutienne son équipe. Enormément de notes de service. Il me semble que dans un petit établissement les infos pourraient aussi être transmises oralement
F	25/30	Soignant	Trop d'affiches dans les offices cela ne donne plus envie de regarder.
F	25/30	Transvers	Les relations de travail entre le sanitaire et l'EHPAD sont à améliorer.
F	31/40	Admin	Ecoute, soutien, directives. Trop peu d'échanges et de temps pour se poser. Stress, épuisement, physique et psychique
Non R	55 ou +	Generaux	Plus de passages dans les services Les vacances avec le CGOS. Toutes les informations du CGOS Epuisement surtout le week-end. Il y a quelques fois de l'entraide et d'autres pas.
H	55 ou +	Admin	Respect. Reconnaissance. Bienveillance. Conseils. Remarques. L'entretien annuel est une bonne synthèse. Organisation en direct ou chacun doit faire des concessions mais OK.
F	24 ou -	Soignant	Travail et ambiance d'équipe fatigante. Pas de bonne ambiance. Pas à l'aise.

F	31/40	Soignant	Je trouve choquant "d'envoyer" des soignants en médecine à leur insu. Une écoute attentive sur mes souhaits et évolutions possibles au présent et pour l'avenir. Deux entretiens durant l'année seraient conseillés.
F	31/40	Transvers	Des temps d'échanges rapides mais plus fréquents. Du soutien Evolution favorable du poste et des missions au sein de l'établissement. Rôle encore mal cerné par les équipes. Environnement correct. Acquisition de matériel souvent longue et laborieuse dans les démarches même s'il y a eu des simplifications récemment. Confiance OK. Soutien et accompagnement dans la mise en place des objectifs auto-fixés moins.
F	41/55	Soignant	Peu de coopération avec la médecine, dommage. Aux Hortensias, la charge en soin AS + IDE est de plus en plus lourde. La grille AGGIR augmente quand le personnel est épuisé ou en arrêt de travail. Poursuivre son écoute Bel échange cadre et soignants. Améliore l'échange entre soignant et la direction. Mon but n'est plus la technique mais le relationnel. Surtout pour les familles (soins palliatifs par exemple) Bon échange avec cadres et direction : à poursuivre.
F	41/55	Soignant	Plus d'accompagnement lors de la mise en place de nouvelles organisations (protocoles)
F	41/55	Soignant	Trop dur quand les allées sont imposées. Ecoute. Répondre aux besoins.
H	41/55	Transvers	Le changement devrait être fait sur proposition de l'agent et en respectant le choix final de l'agent. Le changement sous contrainte lorsque l'agent est satisfait de sa situation est contre-productif. Peu de transmissions lors du transfert d'un patient d'un service à l'autre. Retards fréquents ou manque de coordination entre les allées et services externes (animation, bénévoles) Ecoute. Rencontre avec les équipes. Stabilité, régularité et équité des plannings. Plus de relais lors des réclamations des patients / résidents ou familles. Avoir plus rapidement à disposition les comptes-rendus d'instances (CTE, CHSCT etc.) car il y a plus ou moins 2 mois de délais entre la réunion et le compte-rendu. Personnel soignant : dégradation de la qualification des personnels soignants depuis quelques années : moins d'AS, + d'ASH, personnes en reconversion ou totalement étrangères à l'accompagnement de personnes âgées. Manque d'effectifs le week-end alors que l'accompagnement de la personne reste identique. Moins de sécurité des soins et dégradation de la qualité des services le week-end (soins d'hygiène, aide au repas, activités, période de jeun prolongée, sécurité altérée du circuit du médicament, levers tardifs, propreté des chambres, logements dégradés etc.)
F	31/40	Soignant	Non accessible. Manque de temps pour les lire.
F	41/55	Generaux	Un merci lorsqu'on revient pour un remplacement. Trop de travail le week-end avec moins de personnel. Et épuisement des résidents avec des pathologies lourdes. L'hôpital devrait revoir ses priorités au niveau de son personnel qui s'épuisent qui quitte l'établissement à cause de la fatigue et qui sont souvent rappelés alors qu'elles sont à temps plein. Nous travaillons avec des personnes, on leur doit le respect, de l'humanisme et de l'empathie. Malheureusement, ou trouver le temps pour cela quand on a une surcharge de travail ? Heureusement l'amour de notre travail est là et nous faisons de notre mieux pour rester professionnels.
F	41/55	Admin	Reconnaissance du travail.
F	25/30	Soignant	On nous oblige à changer d'allée alors qu'on se sent bien. Surtout lorsqu'on revient et que ce n'est pas prévu.
F	41/55	Soignant	Les IDE devraient tourner de la médecine à l'EHPAD et vice-versa. Cela permet une remise à niveau.
F	31/40	Transvers	Réductions et avantages CGOS. Réductions et avantages amicale. Le temps de repos ne permet pas rentrer à domicile. Le restaurant du personnel offre une coupure dans la journée de travail
H	41/55	Soignant	Le nouvel établissement.
F	31/40	Soignant	Changement imposé. Plus d'encadrement pour un meilleur suivi des demandes. Compte-rendu CTE : pas le temps de les lire sur ordinateur.

F	25/30	Soignant	Les changements d'allée devraient être sur la base du volontariat.
F	41/55	Soignant	Changements de service imposés et non sur le volontariat.
F	55 ou +	Generaux	Elles nous apportent le quotidien dans notre travail et la souplesse.
F	41/55	Soignant	Ecoute. Compréhension. Apporter des solutions aux problèmes. On peut communiquer librement avec le cadre et dire ce qu'on a "sur le coeur". A poursuivre. Trop de stress. Trop de pression. Sentiment de dévalorisation même si l'écoute est là. Nos conditions de travail en général se dégradent de plus en plus, il faut faire plus avec moins. Difficulté pour trouver des remplaçants. J'aime encore mon travail mais si j'avais la possibilité d'arrêter, je le ferais sans aucun regret. Jen ne regrette pas ce que je fais, mais si c'était à refaire, je ne le referai pas.
H	41/55	Generaux	Déjà être au courant
F	31/40	Soignant	La charge de travail des uns et des autres rend parfois difficile la cohésion entre les services Permet d'avoir des connaissances sur la vie de l'établissement
F	41/55	Soignant	Quand c'est possible. Cela nous permet d'apprendre beaucoup de choses. Reconversion professionnelle ou j'apprends un nouveau métier qui me convient parfaitement. Bien prendre nos précautions pour éviter certaines maladies. Dans l'ensemble je suis plutôt satisfaite de mes conditions de travail.
F	31/40	Soignant	Avoir du personnel soignant adapté au nombre de résident et à leur dépendance. Moment d'échange individuel très intéressant. Les informations passent par écrit individuel qu'oralement (risque d'être déformé). CGOS et avantages de la fonction publique. Manque de temps pour échanger avec les résidents ce qui est la base n°1 de notre métier. Manque de temps pour former les jeunes qui démarrent dans le métier. On travail trop vite lorsqu'on accompagne les personnes. J'aime mon métier mais à cause du manque de moyens, je pense parfois à en changer. Chaque professionnel devrait avoir sa propre bannette. Proposer de plus petits espaces intimes pour la restauration : séparer le personnel administratif et soignant.
F	31/40	Soignant	Un peu plus de passage du cadre dans l'allée.
F	25/30	Transvers	Augmenter vers 1 ETP pour un meilleur suivi. Pouvoir proposer des ateliers résidents. Quelle coopération entre l'EHPAD et la médecine ? Echange. Débat. Ecoute. Confiance. Responsabilité. Reconnaissance. L'adaptation et la remise en question passent par l'apprentissage de nouveaux outils.
F	41/55	Soignant	Une écoute. Le respect de nos idées. Une discussion ouverte en cas de problème. Je n'ai pas d'entretien annuel. En cas de problème, c'est un rendez-vous en direct.
F	41/55	Admin	Plus d'intérêt de soutien de disponibilité. Assister aux réunions GHT. Faire un point au moins 1 fois/mois Possibilité d'avancement Pas d'ordinateur et de bureau à disposition (à partager) Risque d'agressions par les résidents. Accident de trajet de voiture sur trajet entre les deux sites
F	25/30	Transvers	Ecoute et réactivité
F	41/55	Transvers	Disponibilité. Soutien dans les projets Evolution normale au sein du service. Amélioration du travail Lors de sorties : minibus. Transfert de résidents
F	41/55	Soignant	Bonne réputation sauf pour le ménage Oui et non les jeunes contractuelles en CDD long ne veulent pas aller dans les autres allées faire des remplacements ponctuels

			<p>Plus de présence Parfois c'est une bonne remise en question Difficulté à trouver des contractuels compétents Quand la charge de travail est importante Les contractuels en CDD longue durée devraient changer d'allée tous les ans. Manque de personnel contractuel compétent. Cadre très occupée, manque de présence dans les allées. Présence de la directrice près du personnel très appréciée.</p>
F	25/30	Soignant	<p>Non fait pour le moment CGOS : peu d'infos Pas d'occasion, pas de propositions pour le moment</p>
F	25/30	Soignant	<p>Changement de service pas toujours en accord avec nos demandes Être à l'écoute trouver des solutions à la difficulté Directives et cadre présentes dans les services permet un bon fonctionnement Lors de réunions les comptes rendus sont donnés un peu tard par rapport à la date de réunions. Dommage Changements d'allée faite en fonction de mes demandes Dans l'ensemble satisfaite de nos conditions de travail. Mais on peut toujours faire mieux. Certains remplacements manquent cruellement d'envie de travailler auprès d'une population âgée, cela se ressent et complique nos journées.</p>
F	31/40	Soignant	<p>Plus de présence sur notre site Les arrêts ne sont pas remplacés. Les remplaçants parfois ne connaissent pas le métier de soignant. Il y a un manque de solidarité. Les résidents ont besoin de temps et d'écoute que nous n'avons pas toujours. Actuellement nous avons plus de temps disponible pour les résidents (hors périodes de plusieurs arrêts) avec les logements vacants. Il est cependant regrettable de ne pas pouvoir les accompagner plus souvent pour la douche (1 fois toutes les 3 semaines ou 1 fois par mois). Un plus grand temps de présence de la cadre sur notre site permettrait de se sentir plus soutenu et la communication serait facilitée.</p>
F	31/40	Transvers	<p>Image bonne au niveau accompagnement. Image mauvaise au niveau architectural. Problème de communication entre personnel soignant et services des cuisines (manque de formation pour les cuisines ? de réactivité ? Surtout par rapport à l'hygiène). De l'écoute. De la compréhension. De l'entraide hors de journées spécifiques. De l'aide par rapport à des informations manquantes. Occasion de faire le bilan de l'année du positif et du négatif. Importance de se donner des objectifs en accord avec le supérieur hiérarchique. On voit l'avancée des projets, les nouveaux professionnels. Remise en question de soi-même et de son travail. Volonté de partager de la nouveauté, des expériences, un savoir-faire. Cela fait du bien pour tout le monde. Au cours des années : plus de reconnaissance, de respect, d'échange avec les différents professionnels. Il y a un plaisir de travailler. Mais trop de choses à gérer qui outre-passent mes fonctions. Surmenage à force de devoir répondre à tout le monde. Devoir penser à tout et quand on est seul, l'oubli ne pardonne pas toujours. Boissons fraîches ou chaudes pour les visiteurs afin de créer un climat convivial et faire en sorte que les gens restent plus longtemps. Questionnaire long mais complet. Questionnaire pas si anonyme. Dans l'espoir que les choses avancent positivement.</p>
F	24 ou -	Soignant	<p>Peu de possibilité de mobilité pour les agents (second site) Nous sommes plus isolés mais les relations avec les médecins pour les transferts se font généralement bien. Soutient, notamment dans le rapport aux familles. Réactivité. Entraide. Le travail fourni par la cadre est considérable : très à l'écoute, elle fait au mieux pour son équipe. Beaucoup d'amélioration, mais certains matériels sont vétustes (imprimantes, fax etc). Environnement de travail avec beaucoup de cris, de sollicitations, demandes nombreuses et locaux pas adaptés. Violences récurrentes physiques et verbales de la part des résidents et familles. Manutention. Je ne pense pas que les principaux problèmes qu'il y a au sein de l'institution soient liés à l'institution (sauf les bâtiments) mais plutôt à une politique générale (manque de personnel, salaires, peu de remplacements car peu d'attractivité du milieu). Des améliorations tendent à être faites notamment sur les locaux et le futur projet. Lorsque le cadre n'est pas présent sur le site il y a tout de même un sentiment d'isolement (repas de Noël).</p>
F	24 ou -	Soignant	<p>C'est bien de changer de service car cela permet de voir d'autres résidents et de ne pas être dans une routine. C'est important car cela nous permet de nous remettre en question sur certains sujets. Lié aux activités physiques. Epuisement professionnel ou burnout.</p>

H	41/55	Generaux	Être à l'écoute.
F	NR	Soignant	Prendre quelques minutes pour voir les équipes quand la charge de travail est trop lourde. Notre qualité de travail se dégrade par manque de budget. Heureusement nous sommes solidaires.
F	41/55	Soignant	Fatigue physique et psychique importante. La mobilité doit être un choix personnel motivé par des objectifs professionnels. L'établissement doit permettre aux cadres de santé de redevenir cadre de proximité pour qu'ils favorisent et soutiennent de manière régulière la programmation d'objectifs de vie et de soins que les équipes doivent se fixer en respectant des échéances. Autocensure.
F	41/55	Soignant	Ma demande pour les 2 sites a été entendue. Être présent de temps en temps aux transmissions du vendredi après-midi. Indispensable dans l'évolution des postes et une meilleure QVT. Découvrir les 2 sites et plusieurs allées est très positif. Epuisement lorsqu'on cumule 3 ou 4 après-midis. Former à chaque fois les nouveaux remplaçants qui arrivent. Accidents suite à des chutes, glissades etc.
F	41/55	Soignant	Dos. Epoules. Douleurs dues aux lourdes charges. La qualité des soins se dégrade à cause du remplacement par des personnes non formées (souvent peu motivées) le diplôme AS est important et les familles s'en plaignent souvent. Les repas en EHPAD sont expéditifs, on leur dit de prendre leur temps alors qu'on débarrasse sous leur nez (service à 18h30 et débarrasser à 19h). L'aide au repas est trop rapide pour les personnes qui ne mangent plus seul. Il faudrait solliciter des bénévoles qui auraient le temps de les aider à manger car c'est le seul plaisir qu'il leur reste. Il y a un manque de temps humain avec les résidents (parler, écouter.) Beaucoup de plaintes de familles qui n'ont pas de réponse à leurs questions et qui ne connaissent plus les professionnels.
F	31/40	Soignant	Notre responsable est toujours arrangeante et souple vis à vis des changements de planning entre équipe. Manque de la place sur le parking surtout le mercredi et vendredi après-midi.
F	41/55	Soignant	Le rythme à temps plein est très dur. Pas possible car trop de boulot dans chaque service, une personne âgée demande de l'attention. La semaine cela peut être possible mais pas du tout le week-end. Le respect des rythmes de chacun : résidents et personnels. Les choses ne changent pas pour autant car le cadre subit également le manque de personnel. Nous n'avons pas le temps de faire cela. CGOS : sorties et loisirs. De belles paroles impossibles à mettre en place. Problèmes d'épaules dues aux manutentions. Prévoir des rails dans les futures chambres. En tant qu'AS, il faut aussi être brancardière (RDV dentiste, coiffeur, animation ...). Une personne âgée est une personne au rythme lent, nous ne pouvons pas respecter ce rythme. Très dur de lever les personnes alors qu'elles dorment, il faut bien commencer par quelqu'un, on ne peut pas respecter cela surtout le week-end. La communication est très réduite avec les résidents, on a toujours plus de travail. Les résidents nous voient toujours courir.
F	41/55	Soignant	Qu'il soit à notre écoute. Messagerie ok et documents partagés ok
F	41/55	Admin	Parfois manque de travail commun. Changements d'organisation qui vont impacter d'autres services. Ecoute. Aide dans des situations confuses.
F	41/55	Soignant	Besoin de prendre du recul et besoin de repos. Tout changement non consenti reste une charge et ajoute des difficultés au travail. Manque d'entraide. Plus d'impartialité. Plus d'écoute et de transmissions d'infos. Très difficile de travailler avec les outils informatiques qui sont souvent indisponibles. Parfois manque de temps pour déjeuner à cause de la charge de travail. Blouses souvent usagées : trous, pressions qui ferment mal, tâches.
F	25/30	Soignant	Passer en 12h serait bien. Qu'on vienne nous voir pour nous demander comment s'est passé le week-end car certains sont compliqués.

F	31/40	Soignant	Ecoute. Reconnaissance.
F	41/55	Soignant	Ne pas obliger les soignants à changer de service si ce n'est pas leur choix. Les transmissions sont différentes d'un service à l'autre. Entraide dans les allées lors de l'épidémie de gastro, des soignants se sont détachés pour aider les allées ou il manquait du personnel. De la présence. De l'écoute. Permet de faire un point sur l'année écoulée. Pique de rappel importante. Permet de se perfectionner et de se remettre en question. Pas assez d'infos, on ne sait pas toujours à quoi les RA correspondent. Pas toujours le temps d'aller déjeuner à cause de la charge de travail.
F	41/55	Soignant	Pourquoi changer de service quand il n'y a pas de demande ? De l'écoute. De la présence
F	25/30	Soignant	Satisfaite pour la mobilité entre les allées, mais beaucoup moins entre la médecine et l'EHPAD. Manque de communication entre médecine et EHPAD, surtout concernant les transferts.
F	41/55	Soignant	Un passage un peu plus régulier dans le service. Être au cœur de la vie de l'établissement et travailler tous ensemble vers la même direction.
F	41/55	Soignant	Le choix ne devrait pas être imposé. Plus de présence.
F	31/40	Soignant	Être plus présent auprès des équipes et ne pas venir que lorsqu'il y a des arrêts ou des auto-remplacements.
F	31/40	Soignant	Pour concilier vie professionnelle et vie de famille. On s'arrange entre collègues.
F	31/40	Soignant	Que notre cadre passe plus souvent voir l'équipe et pas que lors des transmissions.
F	41/55	Soignant	Un poste à 90%. Trop de changements. Manque de stabilité. Personnel non qualifié qu'il faut former. L'aide manque parfois. L'aide n'est pas systématique en cas de besoin. Une présence. Une réponse à des demandes. Tout le monde n'a pas accès à Osiris. Manque de temps. Informations sur les mutuelles. Trop de conversations professionnelles. Manque de discrétion. Trop collectif.
F	31/40	Transvers	Manque de temps.
F	31/40	Soignant	Manque de temps certains jours pour lire les mails. Bon établissement avec un encadrement hiérarchique à l'écoute. Bon dynamisme de soins.
F	41/55	Soignant	Il faut rester sur la base du volontariat, la motivation du personnel en dépend. Soutien. Meilleur encadrement. Prise en main du service. Plus d'initiatives internes. Pas de réel changement à son issue. Trop de supports. Les infos passent mal. Trop d'affichage. Remise en question sur les pratiques de soins. Beaucoup de tâches administratives. Trop de temps sur l'informatique car les ordinateurs ne sont pas toujours opérationnels. Peu de temps accordé aux patients.
F	31/40	Soignant	Les changements de services nous sont imposés. Comment peut-on être motivé dans notre travail quand nous n'avons pas choisi notre service. J'ai l'impression de m'investir dans des projets de service pour rien. Aucune entraide entre équipe soignante médecin et EHPAD. Les IDE de médecine vont parfois faire des remplacements en EHPAD mais jamais l'inverse. De "cadrer" l'équipe quand il y a besoin. De soutenir l'équipe en cas de surcharge de travail/arrêts maladie. De soutenir l'équipe devant la direction. Être cohérent dans le nombre d'entrées et sorties sur la semaine. Gestion des plannings. On nous demande des choix de formation sans être au courant des formations auxquelles nous avons le droit. Il faut également des objectifs mais il est difficile de s'investir dans un service ou on ne va pas rester (décision hiérarchique). Elles améliorent ma pratique professionnelle mais pas ma qualité de vie au travail.

			<p>Je suis très satisfaite dans le service ou je travaille actuellement, je m'y suis beaucoup investie. J'aime mon travail actuel et c'est pour cela que je suis contre les changements de service imposés par la direction. Cela va à l'encontre du bien-être au travail.</p> <p>Je suis plutôt mitigé sur ma QVT. Mon travail en tant qu'IDE en médecine me plaît beaucoup, je m'investis dans le service mais la responsabilité d'une IDE dans ce service est très importante, ce qui joue sur la sécurité des soins. Le fait qu'il y ait plus d'une dizaine de médecins qui interviennent n'arrange pas les choses. Ma QVT est fortement diminuée quand je pense que la direction impose à tous les soignants des changements de service. Que je me plaise ou non dans mon travail, que je m'investisse ou non dans mon service, j'ai l'impression d'être un pion que la direction déplace à sa guise. J'ai du mal à comprendre cette politique. J'aimerais également poser mes CA comme je le souhaite et comme la loi nous le permet. Les contraintes horaires de notre métier ne nous permettent pas de profiter de notre famille le week-end donc je trouve normal de pouvoir choisir ses périodes de vacances (CA).</p>
F	41/55	Soignant	<p>Être à l'écoute de son équipe.</p> <p>Il est important d'échanger pour faire avancer les choses.</p> <p>Parfois, la surcharge est tellement quotidienne qu'on arrive même plus à se ressourcer.</p> <p>Il y en a trop.</p> <p>Nous essayons de faire au mieux pour prendre en soins les patients malgré le rythme qui nous est imposé. La cadence du service joue beaucoup sur notre santé malgré notre vocation.</p>
F	41/55	Soignant	<p>Je ne souhaite pas la mobilité imposée par le cadre sup de santé et responsable des équipes de nuit.</p> <p>Être objectif et savoir revenir sur une décision. Prendre en compte l'investissement dans le travail. Continuer à favoriser le dialogue. Tenir compte du stress lié à des décisions imposées (mobilité).</p> <p>Permet un échange sur mon ressenti dans le travail, mes attentes, mes objectifs, mon bien-être au travail qui était satisfaisant mais qui l'est moins depuis ce projet de mobilité de nuit.</p> <p>Décisions gouvernementales à venir concernant le personnel hospitalier (salaires, grilles indiciaires, retraites etc.) Utilisation du DIF et CPF et conditions.</p> <p>Il pourrait être demandé directement dans le service les envies et attentes du personnel (par le biais de l'affichage).</p> <p>Mais cela risque de changer vers le non avec la décision de mobilité prévue pour les AS de nuit.</p> <p>Bien-être très moyen aux vues des décisions qui doivent être prises pour la mobilité AS de nuit.</p> <p>La politique mobilité n'est-elle pas obsolète ?</p>
F	25/30	Soignant	<p>Pas de routine quand il y a la mobilité, mais questionnement autour de la motivation des équipes.</p> <p>Peu d'échanges.</p> <p>Soutien morale quand charge importante dans le service. Décisions à prendre et communication.</p> <p>Important de pouvoir poursuivre des formations régulièrement. Cela améliore nos pratiques professionnelles et le sens donné au travail.</p> <p>Cadence trop importante = risque d'erreur. On nous en demande toujours plus.</p> <p>Pour moi mon travail est une passion avec beaucoup de sens mais malheureusement peu de reconnaissance : des contrats qui ne montrent pas l'envie de me garder (peu valorisant). Salaire minable : 1500€ / mois au mieux avec un week-end sur 2. Une responsabilité trop importante. La mobilité du personnel. Malgré tout cela, l'ensemble du personnel soignant, avec sourire et bonne humeur fait le maximum pour une pris en soin la plus personnalisée.</p>
F	31/40	Soignant	<p>Une mobilité imposée n'est pas souhaitable si le personnel est investi et épanoui dans son travail.</p> <p>Lien EHPAD / sanitaire = à améliorer.</p> <p>Soutien. Impulser une dynamique positive de travail et d'envie.</p> <p>Permet de poser des objectifs et une auto-évaluation.</p> <p>Confronte la réalité de terrain.</p> <p>Richesse professionnelle. Outils de travail. Outils de réflexion.</p> <p>On constate une évolution par la formation et le travail en pluridisciplinarité.</p> <p>Procédures de gestion des risques : les limites.</p> <p>Liens entre professionnels.</p>
F	41/55	Soignant	<p>Nous ne sommes pas tous animés par le même projet professionnel : EHPAD / médecine. Quel est l'intérêt de la direction de nous forcer à bouger ?</p> <p>Elle est bonne entre les allées d'EHPAD. EN revanche, entre l'EHPAD et la médecine il y a peu de contacts (sauf les formations).</p> <p>Être le lien entre la direction et les équipes (avec transparence). Être un soutien pour l'équipe. Être le garant de l'ambiance.</p> <p>L'avenir m'inquiète à cause de la mobilité.</p> <p>La fatigue psychique et l'état de bien-être moyen sont directement liés à la mobilité.</p> <p>J'aimerais que la direction explique son choix de mobilité des agents. S'il n'y a pas de volontaires : quel est l'intérêt ? Le changement est vécu comme "imposé". Certains sont fait pour travailler en EHPAD et s'y épanouissent. D'autres sont plus motivés par le sanitaire. Merci de considérer mon opinion.</p>

F	31/40	Soignant	<p>Il est difficile de comprendre la volonté d'imposer la mobilité à des agents qui ne le souhaitent pas. Cela peut générer des difficultés pour les équipes.</p> <p>Entente difficile entre médecine et EHPAD depuis très longtemps, il existe une rivalité. Au sein de l'EHPAD, il y a peu d'entraide entre les allées.</p> <p>Une reconnaissance du travail effectué : la nouvelle direction le fait. Qu'elle nous écoute en cas de grosse difficulté dans le service.</p> <p>Permet de faire le point sur l'année écoulée.</p> <p>J'ai la chance d'avoir les formations que je souhaite. Concernant la mobilité : j'ai toujours eu le service ou l'allée que je souhaitais.</p> <p>La direction est à l'écoute des besoins du personnel et est réactive.</p> <p>La charge de travail est souvent très importante ce qui ne donne pas entière satisfaction dans mon travail. Cette charge ne permet pas de travailler aussi bien qu'on le voudrait.</p> <p>Moins de problèmes que par le passé.</p> <p>Il est très agréable de travailler dans cet établissement. La nouvelle direction a vraiment mis en place une dynamique basée sur le respect du travail de chacun et on se sent écouté. Malgré tout, j'ai le sentiment qu'on nous en demande toujours plus avec peu de moyens humains en plus.</p>
F	31/40	Soignant	<p>C'est toujours dans les mêmes services qu'il y a du changement.</p> <p>On n'a pas toujours de réponse directe aux FSEI faites. Par exemple : l'ancien qualicien se déplaçait quand une FSEI était faite pour comprendre le problème.</p> <p>Notre métier évolue en permanence : nouvelle méthode, nouvelle technique.</p>
F	41/55	Soignant	L'écoute et la reconnaissance de notre travail.
F	41/55	Soignant	Permet de voir une fois notre cadre.
F	41/55	Admin	<p>Ecoute, développer mes compétences, bienveillance et encouragement</p> <p>En lien avec la vie de l'établissement</p>
F	41/55	Generaux	<p>Plus d'encadrement</p> <p>Plaisir a travail mais les nouvelles arrivées dans le personnel demandent du temps</p>
F	41/55	Soignant	<p>Méconnaissance de la réalité du travail dans les services, impression que les services administratifs sont plus près de la direction et plus écoutés. Changement de service = obligation = fracture d'équipes qui fonctionnent bien, mal être de beaucoup de personnels</p> <p>Pas de réelles coordinations entre les différentes équipes EHPAD et médecine, ni entre équipe jour et nuit dans qq secteurs, ce qui créent des tensions. Parfois l'impression que l'on impose les choses sans pouvoir les discuter</p> <p>Être entendu et pas seulement écouté. Faire confiance aux personnes qui sont sur le terrain.</p> <p>Trop d'info tue l'info, beaucoup de feuilles</p> <p>Droits administratifs : temps partiels, cotisations salariales, temps de travail</p> <p>Toujours intéressant d'avoir des formations mais parfois difficiles à mettre en pratique sur le terrain.</p> <p>Sensation parfois que l'investissement au fil de la carrière n'est pas connu et reconnu par les changements de directions, cadres.</p> <p>Changement de service engendre des tensions dans le service, travail d'équipe qui fonctionne est mis à mal.</p> <p>Risque d'erreurs dans les soins. Risque accident de travail / manutention. Risque de Burn out</p> <p>Nécessité d'avoir du personnel motivé, efficace car petite équipe de soignants la nuit et beaucoup de responsabilité.</p>
F	55 ou +	Soignant	<p>Impossible de changer car il n'y a pas de dispositifs de fin de carrière allégée.</p> <p>Quelques effets positifs mais aussi parfois des conséquences négatives sur les patients et le personnel (moral)</p> <p>Indispensable car l'internet ne remplace pas l'échange interpersonnel.</p> <p>Une vigilance nécessaire. Une présence sur le terrain accentuée. Intervention avant problèmes plus graves. Apporter de la sécurité au personnel.</p> <p>C'est toujours un plus quand il s'agit de formations à l'extérieur de l'établissement, cela confronte à des pratiques et réflexions différentes.</p> <p>Pas de consultation du personnel avant rachat de lits médicalisés qui demandent plus de manipulations.</p>

## Annexe 2 – Guide d’entretien

Questions	Thèmes abordés
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quelles études avez-vous fait ?</li> <li>2. Quel est votre parcours professionnel ?</li> <li>3. Comment en êtes-vous arrivé à exercer ce métier-là ?</li> <li>4. Depuis combien de temps exercez-vous dans cet établissement ?</li> <li>5. Comment décrieriez-vous votre fonction au sein de l’établissement ?</li> </ol>	<p><b><i>La trajectoire professionnelle</i></b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. C’est quoi la communication interne selon vous ?</li> <li>2. Quels sont les enjeux ?</li> <li>3. Quelles sont vos pratiques en termes de communication ?</li> <li>4. Sont-elles différentes de vos établissements d’exercices précédents ?</li> <li>5. Quels outils privilégiez-vous ?</li> <li>6. Avez-vous une stratégie particulière ?</li> <li>7. Pourquoi ?</li> <li>8. Rencontrez-vous des difficultés dans votre communication interne ?</li> </ol>	<p><b><i>Pratiques en termes de communication</i></b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Y a-t-il des informations que vous avez du mal à faire passer ?</li> <li>2. Lesquelles ?</li> <li>3. Pourquoi selon vous ?</li> </ol>	<p><b><i>Ressenti en position de transmettre de l’information</i></b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quelles sont vos attentes en termes de communication ?</li> <li>2. Vous sentez-vous bien informés ?</li> <li>3. Y a-t-il des sujets sur lesquels vous aimeriez être plus informés ?</li> <li>4. Rencontrez-vous des difficultés pour avoir accès à certains sujets ?</li> </ol>	<p><b><i>Ressenti en termes de réception de l’information</i></b></p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. En situation de crise sanitaire, vos pratiques de communication sont-elles différentes ?</li> <li>2. Si oui, en quoi est-elle différente ?</li> <li>3. Pourquoi ?</li> <li>4. Quels sont les enjeux communicationnels en période de crise ?</li> <li>5. En période de crise arrivez-vous à avoir accès à aux informations ?</li> <li>6. Quelles problématiques rencontrées concernant la communication de crise ?</li> </ol>	<p><b><i>En situation de crise</i></b></p>

## Annexe 3 – Tableau récapitulatif des entretiens réalisés

	Durée	Fonction de la personne	Sexe	Age	Nombre d'années en fonction	Lieu de l'entretien	Éléments contextuels
<b>1</b>	1h12	Cadre supérieur de Santé	H	60	15 ans	Salle de réunion	
<b>2</b>	1h21	Cadre de santé	F	40	1 an et demi	Salle de réunion	
<b>3</b>	58 min	Ingénieure qualité	F	40	6 ans	Salle de réunion	
<b>4</b>	1h10	Directrice d'un autre établissement	F	?	?	Téléphone	A menée avec succès la fusion de deux établissements
<b>5</b>	54 min	Directrice	F	35	2 ans	Bureau	

## Annexe 4 - Retranscription d'un entretien

**Entretien avec Mme X., 35 ans, Directrice de l'établissement, en poste depuis 2 ans.  
L'entretien a eu lieu dans son bureau et a duré 54 minutes.**

***J'aurais bien aimé commencer par faire un petit état des lieux de ton parcours pour voir par quelles différentes structures tu as pu passer depuis ta sortie d'école.***

*Donc, sortie d'école le 1er janvier 2007. Là j'étais en poste à l'IME de Saint Brévin les pains pendant deux ans et demi. Il y avait une problématique avec le directeur qui a été placé en recherche d'affectation c'est pour cela que j'ai bougé. Du coup je suis parti à Nantes. J'étais deux ans et demi dans un IME à Nantes et ensuite je suis parti en Sarthe parce que j'ai suivi mon conjoint. Et en Sarthe je suis resté six ans au pôle gérontologiques Nord Sarthe – donc, trois hôpitaux locaux - de 2012 à 2018. Ensuite en 2018 je suis arrivé ici.*

***Il s'agit donc de structures de différentes tailles. A l'IME par exemple, il y avait combien de places ?***

*Alors sur l'IME de Saint Brévin j'étais à 130 lits, avec un IME ouvert à l'année, le seul du département, avec des problématiques de handicap très lourd : enfants autistes ou polyhandicapés. Alors que sur l'IME de centre-ville de Nantes c'était une petite structure avec 50 enfants de 6 à 14 ans, déficience intellectuelle légère, quand même quelques troubles autistiques, avec un rythme dense à chaque fois entre période de fermeture. Surtout à Nantes c'était L'ADAPEI. J'y suis resté deux ans et demi.*

***Et du coup comment tu me décrirais tes fonctions soit en fonction des sites soit au global ?***

*Ah bah là il va falloir trois heures ... donc je vais essayer d'être synthétique. De toute façon une des choses les plus importantes chez un directeur c'est l'esprit de synthèse. Les fonctions de direction sont des fonctions qui ne sont pas palpables c'est-à-dire que dans la journée par exemple tu peux avoir un agenda vide et finalement tu es débordé. Tu vois hier c'était impressionnant je ne m'attendais pas à ce qu'à 8h Madame T m'annonce qu'elle partait. Je ne m'attendais pas à ce qu'on me dise : demain tu as un entretien avec Brigitte Macron. Donc c'est des fonctions où tout le monde débarque dans ton travail donc il faut être disponible et en même temps savoir se garder du temps pour soi. Savoir prendre des pauses aussi même si des fois c'est compliqué de poser des jours. Poser des congés ça fait que tu prendras du recul sur la situation en cours donc tu reviendras avec des nouvelles idées un autre regard. Peut-être qu'une situation sur laquelle tu bloques depuis des jours, le fait de prendre du recul ... Donc des fonctions où ce n'est pas palpable. Il y a des gens ils peuvent se dire : bah tiens c'est la crise, tout est fermé, la directrice elle n'a rien à faire. Bah non. En plus ça dépend de la taille de chaque établissement. Tu vas aller rencontrer des personnes pour un entretien. Là j'ai passé pas mal de temps avec 3-4 résidents. Ça je dirais c'est la première chose. Après c'est aussi des fonctions de management beaucoup : management d'équipe, un gros travail de management de l'équipe de direction, le management par rapport à l'avenir de l'équipe [du site B] qui va avoir un changement de cadre dans moins d'un an etc. Le management c'est important. Un rôle de représentation notamment auprès des autorités. Il faut également savoir être souple dans son agenda. Des fonctions de représentation avec l'ARS, avec les autorités, le département. Après selon la taille de l'établissement, être plus ou moins proche des résidents, des personnes que tu accompagnes. Sur une petite structure bah oui le directeur, limite il va déjeuner de temps en temps avec les résidents. Il faut s'adapter à la taille de l'établissement et à tes fonctions. Moi je vois j'ai eu des fonctions vraiment très différentes. On a tous une capacité d'adaptation. Être à l'écoute, c'est important de savoir se remettre en question. En plus chaque établissement a une histoire différente donc le directeur est vu différemment*

en fonction des établissements. A l'IME de Nantes tout le monde m'appelait par mon prénom, ils me vouvoyaient mais ils m'appelaient par mon prénom. Voilà ce que je te disais aussi, c'est la fonction de direction, c'est savoir être à la fois proche mais en même temps avoir un équilibre entre les deux. Et voilà pour synthétiser. Et puis après, gestion des urgences, gestion du quotidien, des dossiers, voilà.

**Pour revenir sur la prise de poste, quand tu as pris tes fonctions, une fusion venait d'être réalisée. Comment toi tu t'es positionné par rapport à cela ? Quel constat tu as fait vis-à-vis de cette fusion ? A la fois sur l'aspect de fusion administrative mais aussi l'aspect : acter dans l'inconscient collectif que deux entités ne font plus qu'une ?**

Je ne me suis pas positionné puisque je suis arrivé dans un contexte où les trois membres de direction sont partis en cinq mois donc j'étais dans l'urgence. Il n'y avait plus d'attaché d'administration, il n'y avait plus de directrice, il n'y avait plus de directeur adjoint. Donc selon le contexte et comment tu prends ton poste, tu as plus ou moins de recul sur le dossier. Donc moi, les six premiers mois j'ai dû lancer le recrutement d'attaché, du responsable cuisine qui était parti aussi. J'ai dû anticiper le départ kiné qui partait à la retraite au 1er janvier. Donc je n'étais pas du tout dans un recul. J'étais vraiment dans la gestion des dossiers urgents. Il y avait l'intérim en cuisine sur le [site B] qui était très compliqué. J'ai pris ma fonction le 2 mai, mise en place de la téléophtalmo le 9 mai au CHU, mise en place de la maison médicale de garde donc travaux. Je suis parti pour une période de travaux de six mois. On a débuté les travaux en septembre 2018. Également 5000 € de travaux en service médecine, donc deux chantiers à piloter en même temps. Donc aucun recul sur la fusion. En plus comme ce n'est pas moi qui l'ai mené et qu'elle avait lieu depuis un an et demi ...

**Et du coup par rapport au [site B], comment tu as pu organiser ton temps entre les projets du [site A] et là-bas ?**

Moi j'y allais à peu près une demi-journée voir une journée par semaine. Après il y avait aussi une cadre à mi-temps qui remplissait bien la mission, elle était représentante de la direction. Après c'est aussi renvoyer à l'équipe que je prends aussi plus de pause avec eux, que je les vois plus que certaines équipes du [site A]. C'est là que je te dis que la fonction de directeur est impalpable : on a l'impression que tu n'es pas là mais ça ne veut rien dire. Alors que l'équipe du [site A] peut avoir l'impression - parce qu'ils te croisent juste au repas du midi - que tu es plus présente. C'est aussi une question de ressenti et donc, travailler sur ça auprès des équipes. Parce que là tu vois j'y vais toutes les semaines, je prends des pauses avec eux, ce que je ne fais absolument pas sur les hortensias, les coquelicots, les JB et la médecine en ce moment parce que je ne peux pas. Donc c'est aussi travailler sur leurs représentations. Après moi je fais des réunions de services toutes les semaines, ce qui compense. C'est aussi expliquer aux personnes que l'EHPAD du [site B] avait 1 000 000€ de déficit. Donc suppression du poste de directeur. J'étais la seule aussi à supporter des suppressions de postes. Alors qu'avec la fusion ils avaient eu la chance qu'il n'y ait aucune suppression de postes chez les soignants. C'est aussi dire qu'on avait engagé 90 000 € de travaux pour restaurer et améliorer leurs conditions de travail. C'est n'est pas parce qu'on n'est pas forcément sur site que le travail n'est pas fait.

**Pour en venir au cœur du sujet, la communication interne pour toi c'est quoi ?**

Alors bah la communication interne c'est la communication au quotidien, c'est d'aller saluer tout le monde dans son bureau le matin quand tu arrives. Ça commence par là. Déjeuner aussi avec les personnes, faire des temps de pause avec eux. C'est être disponible. Moi on m'a beaucoup dit quand j'ai pris mes fonctions que j'étais beaucoup plus disponible que la directrice d'avant. C'est-à-dire que les deux premiers mois où j'ai pris mes fonctions on me disait : ah bah avant il y avait une réunion administrative qui réunissait tous les membres de l'administration. Et puis assez rapidement ils m'ont dit : bah non, comme on vous voit tout le temps et que l'on peut vous parler des projets au fil de l'eau, bah on a plus besoin. Donc moi je n'ai jamais fait de réunion de service administratif depuis deux ans et demi. Voilà donc c'est aussi la transparence, de dire quand c'est la merde et dire aussi quand ça va bien. Profiter aussi de temps forts dans l'établissement comme la cérémonie des vœux. Je fais

*d'habitude une réunion générale ou tu dis les projets en cours, ce qui s'est fait. Tu en profite pour remercier. C'est important ça. Après c'est aussi les notes d'information, les notes de service, c'est aussi la mise à jour des procédures. La tout ce que tu as fait sur le règlement intérieur, le guide RH, je trouve ça très important. Si la communication interne c'est aussi tout ce qui est instances, la réunion mensuelle avec les représentants du personnel, le fait d'être présent une demi-journée par semaine, le fait d'essayer d'aller à des pauses dans des services. Le fait aussi que la com' interne ce n'est pas que la directrice, c'est les cadres, c'est le cadre Sup, c'est les infirmières, c'est les médecins. C'est aussi dire que chacun est responsable de son domaine. Moi je n'ai pas à communiquer sur les stupéfiants ou sur l'oxygène, c'est la pharmacienne. C'est aussi responsabiliser chacun.*

### **Quels sont les enjeux de la communication interne selon toi ?**

*La communication interne est très importante. C'était l'objet de mon mémoire de D3S : sur la communication interne et communication externe. La communication interne c'est aussi auprès des résidents. D'où la lettre du mois et tous les courriers que je suis en train de faire aux résidents par rapport au contexte actuel. La communication interne c'est expliquer et donner une ligne directrice aux agents c'est-à-dire pour que les agents connaissent un peu le cap. Là par exemple j'ai été interrogé sur ce qu'on fait à partir du 12. On attend les directives nationales et dès qu'on les a on les communique. Donc c'est rassurer, donner les orientations de l'établissement, les projets, donner aussi un échéancier. C'est aussi donner une dynamique à l'établissement. Ce qu'on me dit ici souvent c'est que depuis que je suis là c'est bien il y a plein de projets, que cela rend attractif. Donc c'est important de communiquer dessus. C'est aussi donner des directives comme je te le disais, la note d'information et note de service c'est utile d'autant plus sur des sites qui sont assez grand et où on ne peut pas communiquer avec tout le monde en direct. C'est un moyen de faire passer des messages. C'est aussi instaurer un bon dialogue social. C'est important, d'où la réunion mensuelle avec les DP. C'est maintenir le dialogue social. Je pense que c'est grossièrement les grands enjeux.*

### **Dans tes pratiques en termes de communication interne est-ce qu'il y a des outils que tu favorises ?**

*Il faut vraiment adapter l'outil par rapport au contexte et au contenu du message, il faut vraiment adapter. Par exemple, si c'est des consignes qui s'applique à tous et qui peuvent faire objet de sanctions si elles ne sont pas respectées là c'est la note de service. Quand c'est de la com' un peu plus légère comme annoncer la fête de Noël ou le changement de nom d'une salle, ce serait plus des notes d'infos. Quand c'est de la communication qui est gérée par les cadres et cadres Sup, c'est sur Osiris et quand c'est de la communication de crise. Demander les mails de tous les agents. Tu adaptes vraiment. Avec la représentante du personnel je pense que c'est important l'échange oral et la réunion mensuelle. Personnellement je ne suis pas du tout favorable à la communication mail et surtout la fameuse communication par mail ou tu as des personnes en copie où les gens ne se disent pas les choses en face. Donc j'essaye au maximum d'éviter la communication par mail surtout sur des sujets importants. Et puis il y a des instances, le rôle des instances est quand même très important. Le rôle des groupes de travail aussi où l'on passe des messages. C'est vrai que le projet d'établissement je voulais quand même des groupes de travail assez transversaux donc c'est lourd et c'est du temps. J'aurais pu faire comme certains EHPAD ou centre hospitalier : tu fais trois réunions ou tu gère tout. Mais la communication interne c'est ça aussi, c'est faire discuter les gens entre eux. Donc il faut vraiment adapter la palette d'outils. Moi j'aimerais vraiment créer un site intranet. Par rapport à ça je trouve que ça manque ici.*

### **Pour toi quelles sont les plus-values d'un intranet ?**

*C'est permettre à tous les agents d'avoir accès à l'information. Les agents qui sont en congé ou en congé maternité ont leur code, ça permet de centraliser tout ce qui est qualité, la gestion documentaire, les notes d'infos, les notes de service, les PV d'instance. C'est éviter l'affichage sauvage aussi. C'est*

vraiment un outil multiple. Sur la qualité, cela permet de faire des signatures électroniques : chaque agent doit signer une fois qu'il a vu une procédure, ça te permet de voir qui a vu ou non.

**Est-ce que tu rencontres des difficultés dans ta communication interne et si oui de quelle nature ?**

Non, après ce n'est que mon point de vue.

**Et du coup pourquoi ça fonctionne bien selon toi ?**

Je n'en sais rien ... Moi on me renvoie que je suis très disponible, très abordables, que la porte du bureau est toujours ouverte. La communication est facile tu vois, hier les deux DP m'ont répondu à 19h qu'ils ne pouvaient pas commencer la réunion à 13h45 ... je pense que je suis quelqu'un d'assez réactif. Quand ça ne va pas les gens peuvent me le dire.

**À l'inverse quand il s'agit de récupérer des informations globalement, est-ce que tu as des difficultés ou est-ce qu'au contraire tu arrives à récupérer toutes les informations que tu souhaites ?**

Peut-être qu'il y a des informations que j'aimerais savoir et que je ne sais pas. C'est compliqué de répondre à cette question. C'est l'importance de faire confiance à tes cadres et à tes cadres Sup. Les DP font aussi ce rôle de remontée d'informations. C'est pour ça que je te disais que c'est très important d'avoir des DP parce qu'ils font cette remontée d'informations. Le fait d'avoir une réunion mensuelle, les instances ... c'est là que remonte les informations. Après y'a peut-être des choses que je ne sais pas en fait. C'est une partie de la question à laquelle je ne peux pas répondre parce que je peux peut-être te dire oui et en fait il y a 50 % des choses qui se passe dans l'établissement dont je ne suis pas au courant.

**Est-ce que tu estimes que tu as toutes les informations nécessaires à ton exercice ?**

Oui. Je trouve que des fois ça manque encore ... mais oui je pense que aujourd'hui ... moi je fais vraiment confiance aux cadres et aux cadres Sup. Après il faut aussi filtrer, il y a des directeurs qu'ils veulent être au courant de tout et moi je ne veux pas. Au début c'est important, notamment sur tes six premiers mois de prise de poste pour connaître un peu ton établissement et comment il fonctionne. Mais après tu ne peux pas parce qu'il faut filtrer. Moi j'ai dit à Monsieur T : tous vos échanges de mails sur la formation, vous ne me mettez pas en copie. Au début les cadres étaient tellement habitués qu'il m'a appelé pour me dire qu'il partait à 16h aujourd'hui et je leur répondais pourquoi vous m'appeler pour me dire que vous partez à 16h vous êtes cadre vous partez à l'heure où vous voulez à partir du moment où vous faites le job. Je n'irai jamais vous emmerder parce que vous partez plus tôt. L'autre jour Madame D. m'a appelé pour me dire qu'elle partait à 16h et me demande si elle doit poser une demi-journée. Je lui ai dit bien sûr que non vous n'avez pas besoin de m'appeler pour ça. Là je pense qu'elle m'a rappelé parce qu'il y avait aussi une autre cadre qui était en vacances et donc elle voulait m'informer. Et c'est bien parce qu'il ne faut pas qu'on cherche à les joindre sans réponse. Mais moi dès le début j'ai dit j'irai vous embêter le jour où vous ne ferai plus le job. Après c'est plein de petites choses comme ça que tu réajuste selon le management de chacun.

**Justement on parle de management ce serait quoi le lien entre communication interne et management ?**

C'est du management la com' interne. La communication interne est un outil de management. Tu vas avoir des managers qui ne vont manager que par des notes de service et des notes d'infos. Pourquoi pas, mais ce n'est qu'un outil du management parmi d'autres. Voilà c'est tout.  
**Quelle est la différence dans la communication interne en situation de crise ? Est-ce la même ou est-elle différente ? Et si oui, en quoi est-elle différente ?**

Oui parce que là tu déploie ton plan blanc donc mise en place de la cellule de crise, communication sur le fait qu'il y ait une cellule de crise et après tu adapte aussi. Chez les infirmières on a senti qu'il y avait une montée d'angoisse donc on a fait pendant trois semaines une réunion hebdomadaire avec les infirmières. Aujourd'hui on n'a plus du tout cette demande donc c'est vraiment sentir les choses en fait, sentir le besoin de communiquer. Après ça c'est aussi de l'expérience. Clairement au début tu ne sais pas forcément. Et puis c'est aussi écouter les équipes et les entendre je trouve que c'est très important. Au début quand je suis arrivé on m'a dit : ah bah ça on aimerait bien avoir cette information-là. Je n'avais pas eu le temps, puis trois semaines après c'est ressorti donc j'ai fait l'info. C'est aussi entendre les remontées de tes cadres, des infirmières, des agents quand tu vas en pause et que tu entends des petites phrases. C'est tout ce qui est communication de couloir. Quand tu croises les résidents, quand tu croises les agents. La communication interne ce n'est pas que le directeur ... la lettre d'information qui est faite tous les mois par l'animatrice c'est précieux. Donc moi je la valide tous les mois. Ici je fais un édito. [Sur le site B] pas forcément. Ça c'est un outil de communication interne auprès des résidents important. C'est du temps c'est beaucoup de temps. Pour en revenir à la communication de crise il y a la cellule de crise que tu adaptes. Là, la cellule de crise on est en train de la diluer gentiment. C'est vraiment comme je te disais ta capacité d'adaptation, il ne faut surtout pas se dire là c'est bon j'ai un mode opératoire, je l'applique. Non, il faut l'adapter à chaque situation.

**Et les enjeux de la communication interne sont-ils les mêmes en période de crise ou sont-ils différents ?**

Ça peut être les mêmes dans le sens où c'est aussi rassurer expliquer être transparent montrer qu'il y a un capitaine dans le bateau. C'est aussi montrer qu'il y a un cadre au sens large. Je pense que la finalité est un peu la même mais pas forcément avec la même temporalité. Parce que la gestion de crise c'est aussi que tout le monde se mette en marche tout de suite mais c'est rassurer sur le fait qu'il y a des protocoles et des procédures et surtout que tu n'es pas tout seul, qu'on a besoin de tout le monde et que l'on va s'en sortir si tout le monde joue le jeu. Je pense que la finalité est un peu la même en fait : expliquer ce que tu fais et être transparent. Dire quand tu ne sais pas. Là, j'ai dit que le courrier famille ne partira pas cette semaine car je préfère que cette semaine parte les lettres d'animation et deuxièmement on n'a pas les directives donc c'est plus déstabilisant de communiquer maintenant. C'est aussi être vigilant à ce que tu communique et ne pas trop communiquer. C'est ça aussi qui est compliqué pas trop parce que les gens ont besoin d'infos mais à un moment on me dit : trop de note d'infos. Du coup j'essaye d'être vigilante aussi à ça. Comme les mails là, depuis trois semaines je n'en ai pas envoyé parce qu'à un moment on envoyait beaucoup de mails et j'ai dit : on arrête dès que la crise est terminée et on repasse à Osiris.

**Comment sait-on que l'on communique trop à un moment donné ?**

Les agents te le disent. Parfois moi, on m'a dit : on trouve qu'on a trop de note d'infos. Ce sont des choses qu'on punaise les unes sur les autres et ça ne fait pas propre. Et quand quelqu'un revient de 15 jours de vacances si les notes d'infos sont les unes sur les autres, on ne les voit pas. Au moins sur le site intranet tu as toutes les notes d'infos dans un dossier et elles sont classées. Mais il faut que les gens aillent sur l'intranet et connaissent toute l'arborescence du serveur pour avoir accès aux notes. Sinon, l'intranet ça peut justement envoyer sur les adresses mail pro de chacun et quand tu reviens de congé tu as toutes tes notes et toutes les procédures qui ont été validées pendant ton absence. C'est donc plus efficient en matière d'organisation.

**Et les difficultés éventuelles qu'il peut y avoir sont-elles les mêmes ou sont-elles différentes sur la communication de crise vis-à-vis de la communication interne quotidienne ?**

Elles sont différentes en termes de temporalité. C'est-à-dire qu'en situation de crise tu as aussi la temporalité qui fait que, par exemple, le ministre de la santé annonce que les visites se réouvrent dès le lundi. Nous on n'était pas au courant et dès le lundi on a les familles qui arrivent à 9h. Donc le courrier famille que j'avais prévu le dimanche il faut le faire le mercredi. Donc du coup du lundi au mercredi il

*faut rassembler toutes tes troupes pour savoir comment cela peut être mis en place et surtout ne jamais oublier personne. Même en situation de crise c'est comme ça que ça se passe bien. Et il ne faut pas dire que cela se met en place comme ça sans avoir consulté tes cadres, tes infirmières ou tes résidents. Et puis surtout tu vois, des injonctions, des paradoxes et surtout avec la crise que l'on vit actuellement. C'est une crise que l'on ne connaît pas, ce n'est pas une inondation, ce n'est pas une coupure d'électricité et ce n'est pas une panne informatique. C'est un virus que l'on ne connaît pas donc c'est aussi ne pas trop communiquer. C'est ce que disait Michel Siemens le médecin. Il disait au moins ce que l'on a appris dans cette crise c'est à ne pas communiquer trop vite et dire à chaque fin de communication : c'est les informations que l'on peut vous donner aujourd'hui à 14 heures qui ne seront peut-être pas les mêmes que celle que l'on vous donnera demain à 14h. Donc c'est réévaluer tout le temps c'est pour ça que parfois il ne faut pas trop communiquer comme je le disais ce matin : non je ne vais pas faire un courrier maintenant pour dire ce que je fais si, en fait, je fais l'inverse lundi. Mais c'est dur parce qu'entre les familles qui sont en attente de savoir ce qu'il va se passer le 12 mai et ça ... Tu dois essayer d'entendre ce que les autorités te disent, tu sens qu'il y a la pression des agents qui veulent savoir à quelle sauce ils vont être mangés. Il faut vraiment pouvoir les rassurer : ne vous inquiétez pas dès qu'on a de l'info on vous fait un courrier. Donc là ce que j'ai dit et que j'annoncerai en cellule de crise jeudi que là pour les familles on sent qu'il y a une grosse pression pour les visites dès lundi matin.*

**Donc tu as connu l'IME de petite taille, un autre équivalent à trois fois ici, est ce que tes pratiques de communication interne étaient différentes sur ces autres établissements ?**

*Sur l'IME c'était à peu près le même style de communication et de management à Nantes j'étais directrice à Saint Brévin j'étais adjointe. Mais à Saint Brévin c'était le même style de management que moi. Après ce qui était vraiment un intéressant à Saint Brévin et à Nantes c'est que l'on devait adapter notre communication pour qu'elle soit facile à lire et facile à comprendre parce qu'avec des enfants déficients intellectuels qui fonctionnent par pictogrammes. Et là, ta communication interne envers les usagers est complètement différente c'est qu'il était bien à Nantes qu'on ne peut pas faire ici dans un CH, c'est qu'on avait quatre heures de temps indirect. Donc les éduques étaient dispos quatre heures par semaine pour préparer les ateliers entre eux et aussi pour faire une réunion par semaine. Et je faisais toutes les synthèses des gamins par exemple, ici c'est les PAP, moi je faisais toutes les synthèses des enfants donc je connaissais beaucoup mieux les enfants. Je connaissais beaucoup mieux les familles, leurs histoires de vie j'adorais et j'ai trouvé ça passionnant. Donc c'est différent je faisais tous les entretiens d'admission c'était vraiment un autre métier. Ici ils doivent faire les PAP alors que les agents dans tous les cas sont toujours là. À l'IME en deux réunions tu as tous les agents, ici en deux réunions tu n'auras jamais tous les agents. C'est ça qui est compliqué dans un plus grand site, c'est de donner le même niveau d'information à tout le monde. C'est pour ça que le site intranet est vraiment bien. C'est vrai que ça dans les petites structures c'est un vrai confort en petite structure si tu fais une réunion de service et que tu demandes que tout le monde soit là tout le monde est là. Je sais que nous on faisait des demi-journées début juillet quand les enfants étaient partis parce que c'était les vacances pour préparer la rentrée. On faisait aussi des demi-journées entières pour préparer le projet d'établissement donc tu pouvais avoir tout le monde c'était passionnant, c'était génial, c'était hyper confortable. C'est frustrant ici dans le secteur de la personne âgée et de l'hôpital c'est que tu n'as pas ce temps-là ce serait fait au détriment du reste il faut donc faire des choix.*

**Est-ce que le fait d'être directeur ou adjoint ça change de façon de communiquer ?**

*Complètement parce que en tant qu'adjoint tu dois toujours demander l'aval de ton directeur sur ce que tu communique. C'est aussi ça toujours se caler même par rapport aux autres directeurs adjoints. Nous on était une équipe de cinq à la direction donc on se calait aussi avec les autres collègues : il ne faut pas que la DRH disent blanc là où tu dis noir. Ce qui est important là c'est qu'on avait les réunions d'équipe de direction. Tu vois là en cellule de crise on se voit toutes les semaines, on sait ce que l'on communique et je n'ai jamais eu de reproches des cadres, en plus moi je suis assez réactive. C'est les défauts de mes qualités, les gens me demande à la dernière minute et je fais un peu le pompier de service alors qu'ils auraient pu anticiper et me poser la question une semaine avant. C'est pour ça que*

*moi j'essaye de comprendre comment fonctionnent les gens avant de leur dire c'est bien ou ce n'est pas bien. Il faut vraiment leur laisser une marge de manœuvre et je n'ai jamais eu de retour ou les cadres me disait que je leur laissais trop de liberté donc je pense que ça se gère plutôt pas mal*

***Ici c'est multisite depuis 2017. Est-ce que ça change la communication interne aussi le côté multisite ?***

*Ce n'est pas tant le côté multisite que la fusion qui pose question. Je pense que la fusion, ça a aidé d'avoir un cadre comme Madame D qui a pu accompagner et rassurer là-bas. Après, je pense qu'il y a toujours dans le rapprochement de deux établissements, le petit site où n'est pas présente le directrice ou le directeur, qui en plus se sent un peu mis à l'écart et mis de côté. Je te dis ça mais ça peut être des représentations. Donc c'est aussi travailler sur ses représentations, leur dire : vous, je vous vois toutes les semaines, je viens en pause, ce que je ne fais pas sur l'autre site. Voilà. Donc je trouve que c'est plutôt pas mal. C'est plutôt réussi. Même la fermeture de la cuisine. C'était un vrai sujet et ça s'est plutôt bien passé. Ils ont aussi vu d'autres établissements pour lesquelles c'était très compliqué. Là ils ont bien vu qu'il y avait un effort, on a maintenu tout le monde en poste, on a revu toutes les grilles. Ce que me disait encore Madame I. tu vois, le samedi soir quand je suis passé. Elle me dit : Monsieur T a refait toutes nos grilles de nuit et moi je suis très bien ici, je ne bougerai pas. Ils ont quand même vu que ce n'était pas juste, on fait la fusion, on ne s'en occupe pas. Même là tout bêtement sur la com interne, tout ce qui est dons. Moi j'ai beaucoup communiqué aussi sur les dons et on a vraiment fait partager [le site A] et [le site B]. Par exemple là, tout à l'heure on a eu un don de tomates. Je disais au [site B] : vous allez en avoir aussi. Ce sont des petites choses mais ça passe par ça aussi et ils apprécient, tu vois. D'ailleurs, un agent samedi soir m'a dit : oh la la les gens, qu'est-ce qu'ils sont généreux. Je pense qu'ils ont apprécié que les poules en chocolat qui n'étaient que pour [le site A] parce que la personne qui a fait le don ne connaissait que [le site A] mais j'en ai fait acheter pour les deux sites. Donc c'est plein de petites choses et c'est ça la com' interne. C'est, comme on dit des fois, le diable se niche dans le détail. Mais c'est ça, c'est des petites attentions. Après tu ne peux pas empêcher ce qu'il s'est passé en décembre, c'était aussi un climat. Et moi j'étais moins présente de septembre à décembre. Monsieur Q. avait posé un mois de congé en octobre quand il y a eu le gros clash avec une résidente. Il y a eu l'arrêt de travail de deux mois de Madame F. aussi. C'est un contexte. Surtout aussi, ne pas le prendre que pour soi même si en décembre ça a été dur. Je pense que j'ai répondu un peu vivement mais en même temps ça fait du bien comme dit Monsieur Q. : ça leur a fait du bien d'entendre ça. Essayer de ne pas le prendre pour soi personnellement. Se dire aussi que si on me dit ça, ce n'est pas de mon fait et ça je leur ai dit : oui c'est clair, c'est vrai que depuis janvier j'ai essayé d'être une demi-journée par semaine, même si ce n'est pas une demi-journée complète comme ce matin où c'est 1h30. Mais voilà, après de toute façon ils sont dans les soins. Pendant l'heure où je peux les voir en pause ou dans une salle de soins... je vais voir les résidents également. Voilà, la présence physique. Pour moi globalement ça s'est bien passé. Après forcément, ils auront une vision des choses et c'est normal. Moi je n'ai pas vécu leur histoire et ils l'ont vécu comme une fusion menée « en marche forcée ». Et surtout, avant la fusion pendant des années il ne savait pas à quelle sauce ils allaient être mangés et ça fait 10 ans qu'ils ont ça au-dessus de la tête. Donc forcément, le ressenti n'est pas le même mais c'est normal.*

***Il y a une nouvelle organisation qui se profile avec [le site C]. Quelles sont pour toi tes attentes de cette nouvelle organisation ? Qu'est-ce que tu en espère ?***

*Alors bah c'est déjà mettre en place les groupes de travail comme ça se fait avec le projet d'établissement. [La Directrice déléguée] qu'elle soit responsable de l'EHPAD du [site B] à partir de septembre. Ça on fait passer au CTE de juin. Ce qui est intéressant c'est de faire confronter les pratiques entre les trois sites. Moi, avoir reçu une collègue directrice adjointe c'est agréable et puis surtout ce serait pas mal de mener à nous deux des projets [du site A et du site C]. Et puis le [site B], leur proposer des conditions de travail qui sont quand même autre que les conditions de travail actuelles. Et les conditions d'accueil pour les résidents. Il y a du très bien, comme la situation géographique, le parc et tout ça. Mais il y a aussi des toutes petites chambres, des salles à manger*

toute petite. Donc ça permet de mener ses projets ensemble. Après moi je suis une éternelle optimiste et je pense qu'il faut être optimiste parce que sinon... Là j'ai quand même annoncé que [la directrice déléguée] allait prendre le site [B].

**C'est là-dessus que je voulais t'amener justement, sur ce qui allait se mettre en place avec [la directrice déléguée]. Ce que toi tu attends de ce qu'il va se mettre en place dans cette nouvelle organisation ?**

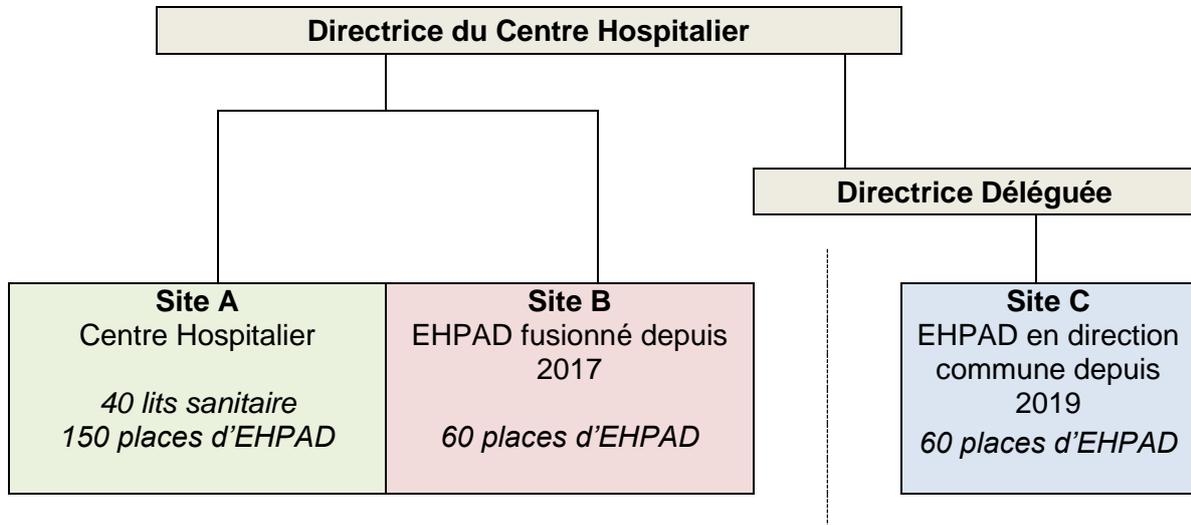
C'est la fiche de coopération qui sera présentée le 18 février. C'est tout le travail en amont. C'est rassurer les personnes. Tu vois là je te disais la communication interne c'est beaucoup rassurer, accompagner. Je pense que le projet d'établissement, le groupe de travail, le fait qu'ils ont pu confronter leurs pratiques. Et ça les a rassurés : il n'y a pas certains qui font blanc et d'autres qui font noir. Il y a des choses qui se font très bien [sur le site C] mais il y en a d'autres qui se font très bien [sur le site B]. C'est pour ça que moi j'ai cherché à confronter les pratiques et c'est ça pendant les cinq ans ... c'est que les agents discutent entre eux confrontent leurs pratiques pour qu'on prépare les futures pratiques des deux nouveaux sites. Donc c'est apprendre à se connaître, c'est apprendre à faire des commissions d'admission commune. Il faut qu'on fasse travailler les gens ensemble. Structurer et montrer aussi la solidarité dans l'équipe de direction. Les agents le sentent quand ça ne va pas dans l'équipe de direction. Voir qu'on travaille ensemble et qu'on s'entend bien. Moi je pense que je vais lui demander d'être au CTE du 16 juin pour montrer aux gens qu'on travaille ensemble et qu'on rigole ensemble. C'est des choses toutes bêtes. Moi les gens m'ont dit : on ne voyait jamais la direction au self. Là ils voient qu'on plaisante et qu'on mange ensemble. Et moi une personne m'a dit : vous vous rendez compte au bout de trois semaines de poste vous êtes venus manger à côté de moi et on a discuté. Vous m'avez parlé de votre grand-mère. Et ça l'a marquée. C'est aussi de la communication interne. Mais ce n'est pas réfléchi. Et le lien que je faisais c'était surtout rassurer les gens sur le fait qu'il y a une bonne entente dans l'équipe de direction. Parce que quand tu as des directeurs qui ne s'entendent pas entre eux, eh bien pour donner des directives... tu vois, comme si toi tu disais blanc et moi je disais noir. Ce serait compliqué pour se projeter. Là, de voir qu'on est dans la même dynamique d'établissement, qu'elle nous donne tous ses documents de finance, RH ... il y a une vraie transparence. Pourtant sur des EHPAD autonome ce n'est pas évident car ils ont toujours été habitués à travailler en solo. Des fois Monsieur T voudrait aller plus vite mais je lui ai dit : vous ne vous rendez pas compte, pour un EHPAD autonome c'était énorme de faire tout ça. Et finalement il a été agréablement surpris car au COPIL du 15 mars il m'a dit qu'ils étaient hyper prêts à travailler avec nous. Bah oui, des fois c'est la temporalité qui joue. Et des fois en arrivant en poste on a envie que tout aille vite. Parfois il faut laisser un peu de temps. Je t'ai d'ailleurs donné la fiche coopération. Après tout ça tu le vois dans ton stage ici.

**Est-ce que tu souhaites rajouter un propos plus global ?**

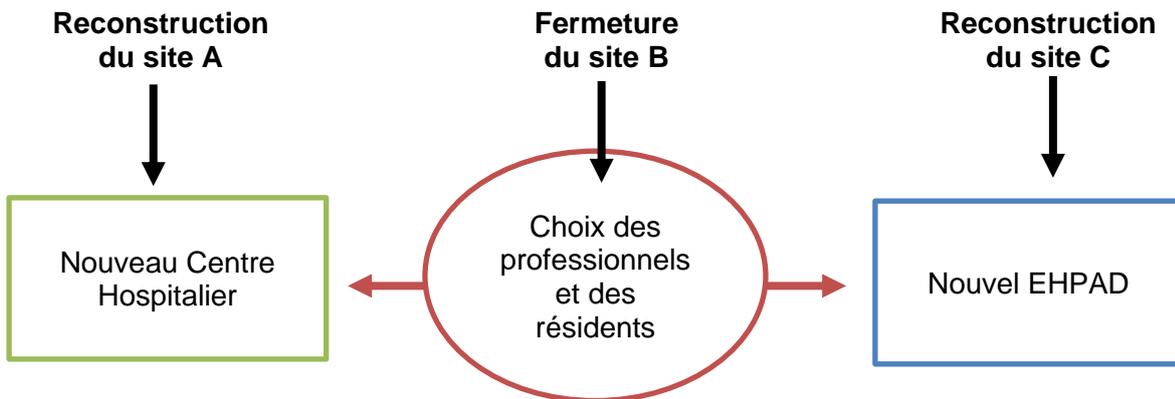
Non, non, après j'ai dû oublier plein de choses mais c'est le jeu de l'entretien et puis de toute façon je t'en parle au fur et à mesure depuis que tu es en stage ici c'est aussi pour ça qu'il y a des choses sur lesquelles je ne m'attarde pas forcément parce qu'on n'en a déjà discuté longuement et puis tu en es témoin direct.

# Annexe 5 – Schéma de l'organisation de l'établissement

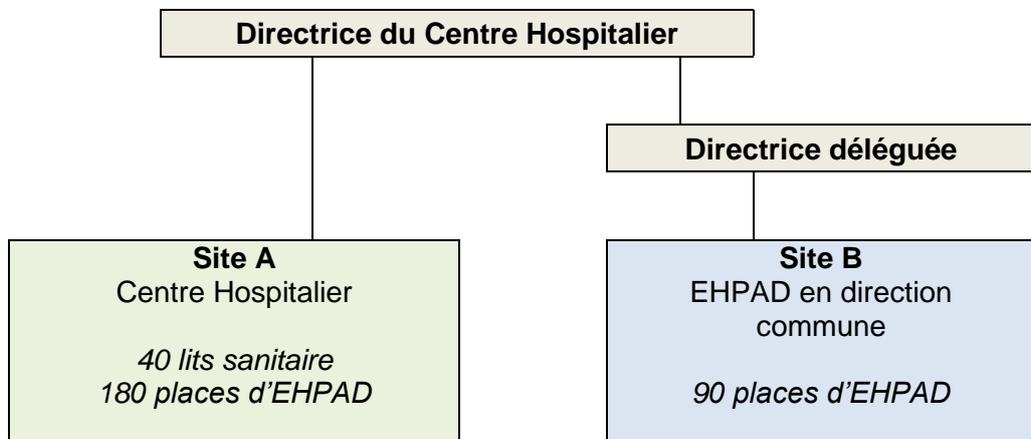
## ETAPE 1 - ORGANISATION ACTUELLE



## ETAPE 2 - A L'HORIZON 2025



## ETAPE 3 - ORGANISATION FUTURE



## Annexe 6 – Note de service sur la mobilité interne

NOTE DE SERVICE		
Réf : NI - 19.49	Diffusion pour :	
	<input type="checkbox"/> - action	Service émetteur : Direction
	<input checked="" type="checkbox"/> - information	

**Objet : Mise en œuvre de la politique de mobilité pour 2020**

### **I - MOBILITÉ INSTITUTIONNELLE**

Dans le cadre de la mobilité annuelle institutionnelle, l'établissement reconduit la mobilité entre les allées et le service de médecine ainsi qu'entre les deux sites.

Pour 2020, cette mobilité concernera les personnels Infirmiers, Aides-soignants, AMP, Intendantes Hôtelières, ASH faisant fonction d'aide-soignant et ASH Hôtelières.

Objectifs principaux de cette mobilité :

- De favoriser les évolutions, le renouvellement des compétences et le décroisement,
- De permettre la mise en place des projets professionnels des agents et/ou d'élargir leur expérience professionnelle,
- D'éviter l'épuisement professionnel (charge physique ou psychologique susceptible de générer de l'absentéisme)
- De diminuer les risques d'installation de « routine » pouvant engendrer un manque de vigilance voire de maltraitance avec une démotivation professionnelle.

#### **A- LES MODALITES**

**Mobilité pour le site A :** Les modalités de cette mobilité seront identiques à celles validées en 2016 :

- Cette mobilité est **obligatoire** pour l'ensemble des agents, sauf pour les agents qui ont entamé une démarche de **départ à la retraite**.
- Les changements d'affectation se feront sur la base d'une **mobilité volontaire**.

- **A défaut** d'un nombre suffisant d'agents volontaires, les changements manquants se feront sur la **base d'une rotation institutionnelle permettant la mobilité de 2 agents par allée ou service**,
- Chaque agent pourra suite à un changement d'affectation faire une nouvelle demande après un **minimum de 2 ans dans son nouveau service ou sa nouvelle allée**.
- Afin de ne pas désorganiser les allées et le service de médecine, la mobilité ne peut concerner au maximum que **2 agents par équipe**.

**Mobilité pour un changement de site :**

- Les changements d'affectation se feront sur la base d'une **mobilité volontaire**.

**B- MISE EN ŒUVRE DE LA MOBILITÉ**

Les permutations seront réalisées en collaboration avec la Direction, le service des Ressources Humaines et les Cadres de Santé selon les critères suivants :

- Les **vœux des agents**,
- **L'adéquation** entre le profil de l'agent, les compétences requises, et la quotité de travail,

**L'encadrement** prendra en compte dans la mesure du possible les souhaits des agents, et se réserve la possibilité de proposer également certains changements dans le but de maintenir un **équilibre** au sein de chaque allée ou service entre :

- Personnels titulaires et contractuels
- Temps plein et temps partiels
- Personnels Aides-soignants, AMP ou ASH faisant fonction d'aide-soignant

**Les professionnels titulaires, stagiaires et contractuels sur poste permanent, intéressés par une mobilité volontaire doivent transmettre leur demande par courrier avant le 01 octobre 2019, au service des Ressources Humaines.**

Pour toute question relative à la mise en œuvre de cette mobilité, vous pouvez contacter le service des Ressources Humaines.

**Fait le 28 août 2019**  
**La Directrice,**

*Diffusion : Services de soins*

*Date de validité :  permanente  jusqu'au 09 Novembre*

**Annexe 7 – Dessin du 25 mars 2020 de Plantu dans LE MONDE**





GIBOUIN

Teddy

Décembre 2020

**DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT SANITAIRE,  
SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL**

**FAIRE INSTITUTION : L'enjeu de l'identité au cœur  
des pratiques de communication interne en ESSMS**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

***Résumé :***

S'il y a une compétence de la fonction de directeur d'établissement qui semble au cœur de la pratique actuelle du métier, c'est bien la communication. La communication interne s'inscrit dans un contexte de changements organisationnels grandissants avec l'expansion des fusions et des directions communes. Ainsi, l'un des objectifs perpétuels et sous-jacents d'un directeur va être de « faire institution », c'est-à-dire de faire adhérer les acteurs à l'institution pour générer un sentiment d'appartenance. Ce sentiment d'appartenance a pour objectif de créer une identité commune et donc une unité au sein de l'institution.

Pour autant, il existe plusieurs freins à la réalisation de cet objectif d'adhésion. Certains sont le propre des institutions humaines et sociales au sein duquel les acteurs adoptent des stratégies individuelles. De plus, il n'y a pas qu'une seule et unique forme de constructions identitaires au sein des institutions. Dans ce contexte, créer de l'adhésion grâce à la communication interne semble une tâche perpétuellement incomplète. Pour autant, les événements liés à la crise sanitaire du COVID 19 ont pu générer un formidable sentiment d'appartenance au sein de la structure. Comment alors la communication interne peut tenter de reproduire ce sentiment d'appartenance hors période de crise pour tendre vers l'adhésion à l'institution ?

***Mots clés :***

Communication interne, institution, identité, adhésion, participation sociale, management

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*