

ESM – Formation & Recherche en Soins
Université Paris-Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



La gériatrie, lieu d'exercice multidimensionnel :

*Quels leviers pour le cadre de santé afin de
fidéliser les infirmiers ?*

Cindy BERENI

DCS@14-15

REMERCIEMENTS

A Monique COSNAY, ma directrice de mémoire, pour son accompagnement bienveillant et son soutien tout au long de cette année.

A Annie, pour tes encouragements, ton soutien et ta confiance depuis notre rencontre.

A mes parents, ce travail est autant le vôtre que le mien. Sans vous, rien n'aurait été possible.

A mes enfants, j'espère vous avoir montré que l'on doit toujours croire en ses rêves

Pour Toi, j'ai tenu ma promesse.

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'Ecole Supérieure Montsouris.

Aucun nom ou lieu n'est précisé dans ce travail afin de garantir l'anonymat des personnes ayant accepté d'y participer.

Toutes les citations en italique sont extraites d'ouvrages, d'articles ou des entretiens effectués.

Les termes infirmier/ère, aide-soignant/e sont utilisés de manière indifférenciée pour désigner les soignants tout au long de ce travail.

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE.....	1
INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE : LE CADRE THEORIQUE	4
1-LE CONTEXTE DE DÉPART	5
2- L'APPROCHE CONCEPTUELLE.....	9
2.1 L'attractivité et la fidélisation en question.....	9
2.2-Perception de la vieillesse et de la personne âgée	15
2.3-Qu'est-ce que le soin ?.....	19
2.3.1 Le cure et le care	20
2.3.2 La vision du soin à la personne âgée	22
2.4 Qu'est-ce que la compétence dans le soin ?.....	26
2.4.1 Le concept de Compétence	26
2.4.2 Compétence et référentiel de formation initiale infirmière.....	28
2.4.3 Le développement des compétences et leurs spécificités	30
2.4 L'identité professionnelle	34
3-CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE	37
3.1 Les éléments apportés par la recherche théorique	37
3.2 La question de recherche et ses hypothèses	38

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE DE TERRAIN.....	40
4- METHODOLOGIE DE RECHERCHE	41
4.1. L'outil de recherche	41
4.1.1 Le type d'entretien mené	41
4.1.2 Construction de la grille d'entretien	42
4.2 L'échantillonnage retenu pour les entretiens	43
4.3 Limites et atouts de cette méthodologie.....	46
4.3.1- Limites	46
4.3.2- Atouts.....	47
5-L'ANALYSE DES ENTRETIENS	49
5.1. Les données recueillies et leur analyse	49
5.1.2- Question 1 : La représentation du soin à la personne âgée en gériatrie.....	49
5.1.3- Questions 2 et 3 : La fidélisation	50
5.1.4- Questions 4 et 5 : Les compétences et leurs reconnaissances.	53
5.1.5- Question 6 : la stratégie de fidélisation du cadre	56
5.2 Analyse comparée secteur rural/secteur urbain	58
5.3 Synthèse	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	63

GLOSSAIRE

Aide-Soignant(e) : AS

Assistant de Soins en Gériologie : ASG

Cadre De Santé : CDS

Diplôme d'Etat : DE

Equipe Mobile Alzheimer : EMA

Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes : EHPAD

Etudiant en Soins Infirmiers : ESI

Hôpital de Jour : HDJ

Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences : G.P.M.C.

Infirmier/ère : IDE

Institut de Formation des Aides-Soignants : IFAS

Institut de Formation des Cadres de Santé : IFCS

Instituts de Formation en Soins Infirmiers : IFSI

Service de Soins Infirmiers A Domicile : SSIAD

Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique : SSRG

Unité d'Hébergement Alzheimer : UHA

Unité de Médecine Gériatrique Aigue : UMGA

Unité de Soins de Longue Durée : USLD

Unité de Soins Palliatifs Gériatriques : USPG

INTRODUCTION

La réalisation d'un mémoire de recherche durant la formation de cadre de santé, est l'occasion de prendre du recul, et d'avoir un nouvel angle de vision sur un sujet particulier de notre vie professionnelle. Ce sujet est souvent issu d'une réflexion personnelle face à une situation. Ce travail de recherche est le fruit de mon expérience mais aussi de mon questionnement de futur cadre dans un hôpital situé en milieu rural.

En effet, la région où j'exerce présente la particularité d'avoir une démographie vieillissante, mais surtout d'avoir développé des réseaux de soins adaptés à ce type de population. De nombreux Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) se développent et sont en quête de personnels soignants en particulier les infirmiers. Dans le département, deux Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) forment plus d'une centaine d'infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) par an mais ces nouveaux soignants, qui dans un premier temps exercent sur des secteurs à dominante gériatrique, souhaitent rapidement partir vers les grandes villes et les grands hôpitaux, plus attractifs selon eux. Je me suis donc interrogée sur le pourquoi de cette désaffection des soignants pour ce secteur, en particulier suite à ma propre expérience en secteur gériatrique.

Après avoir recueilli le ressenti de plusieurs infirmiers ayant ou exerçant toujours en gériatrie, j'ai choisi d'orienter mes recherches et mes réflexions vers les axes suivants :

- l'attractivité de ce secteur de soins pour les infirmiers
- les représentations sociales de la personne âgée et de la gériatrie pour les soignants
- la conception du soin, en particulier auprès des personnes âgées
- le concept de compétences, et la notion de compétences spécifiques.
- la construction identitaire du soignant et sa reconnaissance au travail.

De ce cadre de référence, je vais faire émerger une problématique de recherche s'axant sur les moyens dont dispose le cadre de santé pour effectuer un travail de fidélisation des infirmiers au sein d'un service de gériatrie. J'émettrai ensuite une hypothèse de réponse à ce questionnement, orientée vers la notion de développement de compétences spécifiques à l'exercice auprès des personnes âgées.

Cela m'amène dans un second temps, à travers un travail d'entretiens auprès de cadres de santé exerçant dans différentes unités de gériatrie et dans différents milieux, à chercher à savoir si cette réponse correspond à la réalité du terrain. Pour cela, l'analyse et la synthèse de ces entretiens vont permettre de revenir à la problématique que j'aurai définie et de valider ou non l'hypothèse choisie.

PREMIERE PARTIE : LE CADRE THÉORIQUE

1-LE CONTEXTE DE DÉPART

Jusqu'en 2011, j'ai eu une expérience personnelle très diversifiée : j'ai découvert la pédiatrie, le polyhandicap, la rééducation fonctionnelle pour les traumatisés médullaires et crâniens, le secteur de consultation d'Otorhinolaryngologie (ORL) mais aussi les urgences maternité de niveau III. De 2000 à 2011, j'ai donc travaillé dans des hôpitaux de grandes villes, en ayant toujours eu la possibilité de choisir le service de soins où j'allais exercer.

En 2011, j'ai dû m'orienter, pour des raisons familiales, vers un hôpital de province. Cette institution, située au cœur d'un bassin rural et agricole, dessert une population vieillissante. La structure concernée présente donc une dominante de soins axée vers la personne âgée.

L'exercice professionnel de l'infirmier en gériatrie, depuis l'époque de ma formation, avait pour moi une connotation de « distributeur de cachets », où la prise en soin se « limitait » aux soins d'hygiène vite menés, à la compensation de la dépendance en faisant « à la place de » par manque de temps. Le directeur des ressources humaines m'a alors proposé un poste en unité de médecine gériatrique aigüe (UMGA), m'indiquant que ce service requerrait une compétence technique importante. C'est en effet le cas, j'y ai exercé durant 3 ans.

J'étais la 3^{ème} infirmière à intégrer le service en 6 mois. Durant ces 3 années, j'ai constaté un turn over infirmier important (8 départs), jeunes et moins jeunes étant concernés. La situation m'a en effet paru particulière, par rapport à ce que j'avais rencontré au cours de mes postes précédents. Jusqu'alors, les changements de service que j'avais vécu avaient eu lieu après plusieurs années de présence ou par « obligation » comme pour moi. Mais dans cette unité, les personnels en partance avaient été embauchés en même temps ou après moi, ils résidaient à proximité du centre hospitalier et faisaient le choix d'aller exercer dans des structures les éloignant de leurs domiciles. Ces défections m'ont interrogée.

De plus, la dynamique d'équipe, mais aussi la prédominance de la zone de confort de soignants qui eux étaient en poste depuis longtemps, sont des éléments qui ne facilitent pas l'intégration et donc l'envie d'exercer dans ce service. «Ça fait 20 ans que je fais comme ça » est une phrase que j'ai souvent entendue lorsque je proposais une manière de faire différente, issue de mon expérience dans d'autres secteurs. Proposer un changement, même si il pouvait être bénéfique pour le patient, était très difficile. A une première réaction de rejet verbal, s'ajoutait une réaction de rejet dans les actes. Il fallait faire la démonstration répétée du mieux apporté, en mettant en œuvre cette nouvelle manière de faire, mais surtout démontrer et argumenter inlassablement pour être entendue. Mobiliser ces infirmiers à de nouvelles pratiques ou à des pratiques différentes supposait qu'elles abandonnent leur zone de confort et leur expertise pour redevenir novice. Cette démarche de changement n'est pas une évidence lorsque l'on exerce depuis longtemps sur une même unité

D'autres éléments doivent également être pris en compte.

En effet, suite à la réussite du concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS), j'ai bénéficié d'une année de report. Celle-ci a été l'occasion d'une prise de poste d'infirmière formatrice en Institut de Formation des Aides-Soignants (IFAS) durant 1 an. J'ai quitté le secteur des soins gériatriques sans regret, ayant le sentiment après 3 ans d'exercice, d'avoir fait le tour de la prise en soins des personnes âgées.

Mais à travers mon expérience de formatrice, de nouveaux éléments ont éclairés mes réflexions. La nécessité de diversifier les lieux de stage des élèves m'a permis de voir que le secteur de Gériatrie ne se limite pas aux Unités de Soins de Longue Durée (USLD) et EHPAD comme je le pensais. L'exercice des soins se fait aussi en Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), en Equipe Mobile Alzheimer (EMA), en Unité d'Hébergement Alzheimer (UHA) en Hôpital De Jour (HDJ)....

De plus, j'ai découvert, chez les aides-soignants le sentiment d'effectuer un travail gratifiant, valorisant et reconnu, autant par les patients /résidents que par leurs familles. Ils souhaitent tous transmettre leur envie de prendre soin de ces gens âgés. Dans le service où j'avais exercé, je n'avais pas eu cette vision du prendre soin et je n'avais pas pris toute la mesure de sa diversité.

J'ai également découvert les nombreuses formations existantes en lien avec la personne âgée et participé à leur dispensation. La formation Assistant de Soins en Gériatrie (ASG) m'a particulièrement marquée. Elle s'adresse aux aides-soignants, ayant à prendre en soin des patients atteints de maladies neurodégénératives de type Alzheimer, afin qu'ils exercent au sein de structures spécialisées de type UHA. Le retour d'expérience de ces professionnels, l'analyse de pratiques et la réflexivité faite autour de celle-ci ont trouvé écho en moi. Connaître les « outils » spécifiques à cette prise en soin, et donc avoir enfin une réponse face au manque d'efficacité des stratégies que je développais lors de mon exercice, m'a montré qu'il est possible de ne pas se sentir découragé ou d'avoir une réponse face à une déconvenue. Mais à condition de connaître les bons moyens et de développer de nouvelles compétences, adaptées à la pratique auprès de la personne âgée et à fortiori démente.

A l'issue de ces 3 ans d'exercice dans ce service gériatrique et de cette année de formatrice, mon regard sur la gériatrie et la prise en soin des personnes âgées a profondément changé et évolué. J'ai pris conscience d'une prise en soin atypique, celle de l'accompagnement, du respect du temps de l'autre, sans « technicisation » excessive. J'ai redécouvert la richesse de la relation avec la personne âgée, que le prendre soin ne se limite pas seulement aux actes techniques et quelques mots de réconfort. Cette relation soignant/soigné a toute son importance pour la personne âgée soignée, et se doit d'être mise en valeur au quotidien.

Soigner en gériatrie, c'est soigner une Personne. Walter HESBEEN, infirmier et docteur en sciences infirmières, écrit :

« Chaque humain est un être unique, exceptionnel et irremplaçable qui va, seul, son chemin qui le conduit irrémédiablement vers la mort (...) un humain singulier »¹,

L'humain vieillissant voit son corps se dégrader mais il en reste maître, tant dans ses choix que dans ses envies.

¹ HESBEEN Walter *Cadre de santé de proximité Un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien des soins. P 52*

Soigner en gériatrie, c'est aussi exercer toutes les spécialités médicales existantes : la pneumologie, la cardiologie, la gastro-entérologie, la psychiatrie et la neurologie par exemple. Cette liste est non exhaustive mais montre combien la notion de poly pathologies, et des soins à y associer, demande une expertise et des compétences spécifiques.

La méconnaissance du travail réel de l'IDE en gériatrie et des compétences spécifiques que l'on y développe, ont probablement une importance non négligeable dans le choix de ses dernières de continuer ou non à exercer dans ce secteur. Cela interroge selon moi la construction de leur identité professionnelle et la construction de celle-ci dans un secteur peu reconnu. La vision de la gériatrie garde encore une connotation négative auprès des soignants comme nous le verrons dans la partie suivante de ce travail.

Ces constatations m'ont amenée à poser la question de départ suivante :

« Pourquoi les infirmières marquent un désintérêt pour les soins aux personnes âgées ? »

En effet, quelle est la vision de la personne âgée et de la gériatrie des IDE ? Cette vision a-t-elle une incidence sur les soins aux personnes âgées ? Les IDE sont-elles conscientes des compétences spécifiques qu'elles développent dans ce secteur soignant et favorise-t-on leurs développements par des formations adaptées ? Ces compétences permettent-elles la construction d'une identité professionnelle, d'une reconnaissance qui a un impact sur leur motivation et sur l'attractivité de la gériatrie pour les professionnels ?

Ces questions me conduisent donc à m'intéresser aux conceptions théoriques et sociales en lien avec la personne âgée, sa prise en soin et le travail infirmier associés. Cette construction théorique sera le moyen d'ouvrir mon regard vers des éléments moins flagrants mais qui nourriront mon questionnement de recherche.

2- L'APPROCHE CONCEPTUELLE

Le vieillissement général de la population² est une donnée connue depuis de nombreuses années. Les projections démographiques montrent que la prise en charge du grand âge, et par extension de la poly pathologie et de la dépendance sera un objectif de santé publique majeur dans les années à venir.

La prédominance de cette population âgée, en particulier en secteur rural, amène à se poser la question de qui les prendra en soin et surtout de comment, si les IDE n'y sont pas encouragés et accompagnés. Mieux connaître la vision des soignants envers ces patients, mais aussi des soins à leur prodiguer, paraît fondamental. Il convient également de s'intéresser à l'identité professionnelle qu'elle véhicule et à la reconnaissance qui en découle.

Par l'étude des concepts en lien avec ces représentations, je vais dégager les éléments prépondérants qui me permettront de lier mes interrogations à une problématique de recherche.

2.1 L'attractivité et la fidélisation en question.

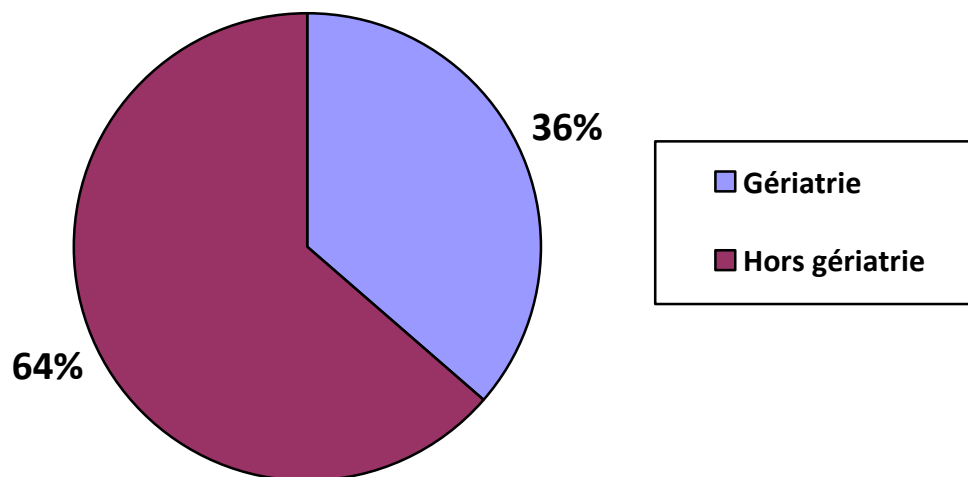
Afin de mieux cerner les raisons pour lesquelles les soignants restent ou partent de gériatrie, j'ai choisi de mener une pré-enquête à l'aide d'un questionnaire exploratoire³. Ce questionnaire a été envoyé par mail à d'anciennes collègues et relations IDE de ma connaissance, qui travaillent ou ont travaillé en gériatrie. J'ai ainsi transmis 25 questionnaires. 11 personnes m'ont envoyé des réponses, soit un taux de retour de 44%.

² Annexe 1 Source INSEE

³ Annexe 2

Ce document comporte six ou sept questions, selon que l'IDE exerce en gériatrie ou a quitté ce secteur. Quatre y exerce encore (36%), sept non (64%).

Secteur d'exercice actuel des répondants



Les cinq premières questions sont communes à tous les répondants.

La 1^{ère} correspond au temps de diplôme IDE :

- 4 IDE ont entre 11 et 15 ans de diplôme,
- 1 a 7 ans de DE
- 3 ont entre 3 et 5 ans de DE
- 3 ont moins de 3 ans de DE

La 2^{ème} et la 3^{ème} questions évoquent le fait d'avoir ou non choisi d'exercer en secteur gériatrique : 3 IDE ayant plus de 11 ans de Diplôme d'Etat (DE) ont fait ce choix, mais toutes l'ont fait après avoir exercé dans d'autres spécialités. 2 IDE ayant respectivement 1an et 4 ans de DE ont choisi cet exercice dès leur sortie de l'IFSI, de même que l'IDE ayant 15 ans d'expérience.

Les 6 autres répondants, quel que soit leur temps de diplôme ont exercé ou exercent encore, suite à une proposition de la direction des soins infirmiers, en gériatrie.

Il convient donc de noter que l'exercice en gériatrie n'est pas souvent un choix en premier poste (4 IDE sur 11), et que quand il s'agit d'un choix, c'est après avoir acquis une expérience professionnelle dans un autre secteur que l'on observe en corrélant ces réponses au temps de DE évoqué dans la 1^{ère} question. .

La 4^{ème} question montre la diversité offerte dans les lieux d'exercice : 2 IDE en soins à domicile dont une en EMA, 1 en Hospitalisation A Domicile (HAD) à dominante gériatrique, 4 en EHPAD, 1 en Soins de Suite et Réadaptation Gériatrique (SSRG), 2 en UMGA et 1 en USLD.

La 5^{ème} question a trait au temps d'exercice dans le service : celui-ci se situe entre 1 et 15 ans pour les IDE y exerçant encore et entre 8 mois et 2 ans ½ pour celle ayant quitté ce secteur de soins. Je note que les IDE ayant quitté la gériatrie l'ont fait rapidement après leur prise de poste. Cela m'interroge sur la reconnaissance qu'elles ont pu ressentir dans leur travail et sur le développement de leur identité soignante au sein de l'équipe.

TABLEAU RECAPITULATIF DES 5 PREMIERES QUESTIONS

Temps de DE ITEMS	<3 ans	3 à 5 ans	6 à 10 ans	+ de 11 ans
Choix d'exercer en gériatrie	1	1		4
Poste imposé	2	2	1	
1^{er} poste	1	1	1	1
Exerçant toujours en gériatrie	1	1		2
Ayant quitté la gériatrie	3	1	1	2

Les autres questions sont différenciées selon que l'IDE exerce encore ou non en secteur de personnes âgées.

Concernant les 4 personnes y exerçant encore, la 6^{ème} question concerne les raisons de ce maintien en poste : pour toutes les IDE, les maîtres-mots sont accompagnement à long terme, relationnel, lien social et prise en charge globale et individualisée. 2 IDE évoquent la dynamique d'équipe et un projet pluridisciplinaire de soins.

On perçoit donc l'importance de la relation à l'autre et de la qualité de celle-ci. Ces mots sous entendent la notion de temps consacré à l'autre.

Concernant les 7 IDE ayant quitté la gériatrie, la 6^{ème} question concerne les raisons de leurs départs : 2 sont partis pour des raisons personnelles (mutation de conjoint), 2 sont partis vers des services spécialisés (Urgences, bloc opératoire) car ils souhaitaient avoir accès à des soins plus techniques, 1 est parti pour un service de consultation car ne supportant plus l'accompagnement de fin de vie après 5 ans de présence, les 2 derniers sont partis car ils avaient l'impression de ne pas pouvoir donner les soins de qualité au patient.

La 7^{ème} question explore ce qui aurait pu les faire rester sur un secteur gériatrique. Selon eux, il aurait fallu plus de personnel ; des temps dédiés pour assister le patient et l'aider à maintenir son autonomie (ex : aide à la marche), de la disponibilité pour répondre aux demandes des patients et de leurs familles. Ils mettent également en avant un besoin de formation spécifique en lien avec la prise en soin de la personne âgée, en particulier centré sur la démence.

Ces deux questions se réfèrent donc aux valeurs soignantes et à l'autonomie des soignants pour exercer selon ces valeurs. Le manque de temps et de moyens pour « bien faire » semblent être les éléments qui poussent le plus les IDE à quitter la gériatrie. La qualité des soins dispensés et la possibilité d'approfondir son savoir sont aussi prégnants.

Ainsi, on retrouve ce que Patricia BENNER⁴, docteur en sciences infirmières et professeur au Département des sciences infirmières physiologique à l'école des sciences infirmières de l'université de Californie (département of Physiological Nursing) évoque dans son ouvrage.

⁴ BENNER Patricia ; *De novice à expert Excellence en soins infirmiers* ; MASSON ; 2010 ; 252 p

Elle indique également, en citant YANKELOVITCH⁵, les 3 conditions nécessaires pour que le travail soit source de satisfaction :

« 1- Il doit être intéressant, varié, apporter des satisfactions et être bien rémunéré.

2- Il doit donner le goût du travail bien fait.

3-Il doit répondre au désir qu'a l'individu de s'épanouir dans un travail constructif. Par travail constructif on entend souvent un travail dans lequel on s'implique parce qu'on y trouve de l'intérêt, un travail qui pousse à se dépasser, un travail dans lequel on participe au processus de décision »

Ces éléments sont à mettre en lien avec l'étude NEXT (Nurses Early EXiT study)⁶. Ce travail de recherche a été mené au niveau européen. Il a eu pour objectif de comparer les situations de travail des infirmiers dans 10 pays de l'Union Européenne et avait une double ambition : comprendre les raisons des départs prématurés des IDE de la profession, et comparer les conditions de travail et leurs répercussions sur les soignants.

Elle a ainsi mis en évidence une grande disparité entre les pays, mais aussi au sein même d'un même pays, concernant l'organisation, le contenu et l'autonomie dans le travail. Elle a particulièrement souligné l'importance de l'organisation dans l'attractivité et la rétention des soignants. La maîtrise de l'activité (responsabilité en lien avec les compétences IDE), la qualité du leadership du supérieur ainsi que les conditions de travail (horaires, week-end travaillé etc...) sont des facteurs d'importance face à la perte de motivation des soignants.

Cette étude a confirmé ce que les hôpitaux nord-américains avaient développés dans les années 80 : les « Magnets hospitals⁷ » afin de répondre à la crise des « vocations » mais aussi à la pénurie de personnel infirmier qu'ils rencontraient alors.

⁵ P.BENNER Op.cit. p.173-174

⁶ STORDEUR Sabine, D'HOORE William ; *Attractivité, fidélisation et qualité des soins*. 3 Défis, une réponse LAMARRE ; 2010 ; Fonction cadre de santé.

⁷ Magnet hospital peut se traduire par hôpital magnétique

On retrouve ainsi dans la littérature, et surtout sur les sites spécialisés traitant de la santé, la définition suivante du « Magnets hospitals »

« Le concept d'hôpital attractif associe qualité des soins et satisfaction du personnel. Il part du principe que l'un ne va pas sans l'autre et que ce cercle vertueux est un des moyens qui permettent aux hôpitaux de retenir leur personnel soignant, malgré les contraintes fortes qui pèsent sur eux actuellement. Aux États-Unis, la qualification de "Magnets hospitals" fait l'objet d'une certification »⁸.

Pour être attractif pour les soignants para médicaux, un hôpital « magnétique » doit avoir « 8 attributs essentiels à la qualité des soins » pour donner l'envie aux IDE de s'engager avec l'institution :

- un soutien à la formation
- des équipes d'infirmières très compétentes sur le plan clinique
- des relations infirmières/médecins positives
- une pratique infirmière autonome
- une culture organisationnelle centrée sur les besoins du patient
- un contrôle des infirmières sur la pratique infirmière
- une dotation de l'équipe infirmière adéquate
- un soutien concret du supérieur infirmier⁹

Ces attributs se retrouvent sous de nouvelles formes (analyse de pratiques professionnelles entre autres) dans les grands hôpitaux de France mais sont difficiles à mettre en œuvre dans un contexte socio-économique contraint comme le connaît la France.

Il revient donc à chaque direction des ressources humaines de valoriser son établissement et à chaque cadre de santé de proximité de s'inspirer de ce modèle pour favoriser le recrutement durable des IDE en secteur de gériatrie.

⁸ <http://www.carnetsdesante.fr/Comment-rendre-un-hopital>

⁹ STORDEUR S, D'HOORE W ; *Attractivité, fidélisation et qualité des soins* ; Op.cit. p121

2.2-Perception de la vieillesse et de la personne âgée

Afin de connaître cette représentation directement auprès des soignants, j'ai demandé à mes collègues de promotion de me donner 3 mots qui pour eux représentaient la personne âgée. Le nuage de mots ci-après correspond aux réponses de 21 de ces futurs cadres de santé. Il est l'image qu'ils ont de la personne âgée. Il se partage entre respect de la mémoire et respect de « l'ancien »; et la vision professionnelle de dépendance et de la perte des capacités.



Malgré leur expérience et leur pratique très variée, je constate que la notion de non productivité est très importante (dépendance, retraite, isolement, déficience).

Ce nuage se recoupe avec les écrits que j'ai pu explorer sur ces représentations. Le poids des représentations sociales est très présent dans le collectif et en particulier chez les soignants.

Denise JODELET, psycho-sociologue et ancienne directrice d'études au Laboratoire de psychologie sociale à l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), a défini le concept de représentations sociales comme suit :

« Toute représentation sociale est représentation de quelque chose et de quelqu'un..., elle signifie toujours quelque chose à quelqu'un (soi-même ou autrui) et fait apparaître quelque chose de celui qui la livre¹⁰ »

Cette notion de représentation se retrouve dans de nombreux domaines. Ainsi, une future enseignante en géographie a écrit sa thèse de doctorat¹¹ en s'intéressant elle aussi à ses représentations. J'y ai retrouvé de nombreux éléments qui éclairent mon travail.

« Les représentations de la vieillesse en Occident sont trop souvent négatives et s'accompagnent d'idées reçues, de clichés communément admis. Les médias véhiculent deux images la première correspond au sportif d'âge mûr dont l'âge passe pour un privilège. Ils sont bien portants et bénéficient d'une retraite qui leur permet de vivre dans l'aisance.[...] et l'autre au vieux dépendant » « Dans le grand âge, la vieillesse fait figure de malédiction, les vieux sont porteurs de la décrépitude et de la finitude humaine et comme tels ils font peur. »¹²

Dans cette thèse, l'auteur confirme son propos en utilisant la formule d'âgisme définie par Robert BUTLER en 1969

« l'âgisme apparaît comme un mécanisme de discrimination par l'âge, toutes les formes de discrimination, de ségrégation, de mépris fondées sur l'âge sont qualifiées d'âgisme

Il existe plusieurs formes d'âgisme. Le premier est l'âgisme compatissant(...) ». « Le vieux devient objet de soin et d'assistance. Le vieux qui a des désirs, le vieux qui veut rendre service, le vieux qui peut agir sur sa vie disparaît ; il n'existe, plus »¹³.

¹⁰ Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références, Identité, pp.240-259

¹¹ Brigitte Hallier-Nader. Les territoires de vie des 75 ans et plus `a Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ?

¹² Puijalon B., (2008), « Repenser le discours social à l'endroit des vieux », Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles. Santé, société et solidarité n°1, p41

¹³ Cité par François Blanchard., « La vieillesse, c'est le déclin on n'y peut rien », Vieillesse et santé : idées reçues, idées nouvelles. Santé, société et solidarité n°1, 2008.

Le deuxième type est l'âgisme marchand : le marketing, le même qui évoque la typologie des Masters, libérées paisibles...donnant une image du vieux qui ne vieillit pas et qui met de côté le quatrième âge ou encore les personnes en fin de vie

Enfin il y a l'âgisme conflictuel, la guerre des âges des actifs envers les personnes âgées les accusant de tous les maux. Alors oui, la fin de vie fait peur. Car la vieillesse est associée à la mort, «la majorité des décès sont dans la vieillesse, mais dans la représentation sociale, cela renforce l'image négative du vieux »¹⁴,

On retrouve dans cet écrit, et dans ces références, la notion de « vieux » bien portant et productif et à l'opposé celle de dépendance, d'improductivité voir d' « inutilité ».

Ces éléments sont confirmés en littérature professionnelle :¹⁵

« Comment du reste nos futurs infirmiers ou infirmières pourraient-ils (elles) échapper aux représentations que leur époque se fait du grand âge ? Représentations étonnamment clivées, par les quelles ou bien l'on célèbre des vieux qui ne sont pas vieux- et les couvertures de bien des magazines spécialisés nous reviennent en mémoire, où des senoirs étonnamment séduisants nous sourient de toutes leurs dents-, ou bien l'on déplore ce naufrage que serait la vieillesse, menant à une vie « qui n'en est plus une », « à une vie de légume » et tous nos contemporains d'être saisis par le spectacle de vieillards attendant la mort dans un mouvoir. »

Un article¹⁶ de janvier/février 2015, consacré à la perception de la prise en charge de la personne âgée vue par des futurs directeurs de soins, promotion 2014-2016, souligne les représentations communes et les « idées reçues » de tout un chacun :

« ...une idée négative de ses structures. Des mouvoirs dépersonnalisés dans lesquels des personnes isolées, peu considérées, reçoivent des soins standardisés effectués à la chaîne par des personnels peu motivés, arrivés ici plus par punition que par vocation »

¹⁴ Puijalon, op.cit

¹⁵ Soins Gériatologie Dossier « Etre soignant en gériatrie » Juin 2008 N°71 p.20

¹⁶ Soins Gériatologie Janvier/février 2015 N°111 p.38-42

Cet élément est confirmé par la définition de la représentation sociale de D.JODELET, qui n'est pas que duale, mais collective:

" Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissance spécifique, le savoir de sens commun, dont les contenus manifestent l'opération de processus génératifs et fonctionnels socialement marqués. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal.¹⁷ (1)

Le nuage de mots produit par les professionnels correspond à ces définitions du « vieux » et de ses désagréments. Pourtant, on retrouve en filigrane les termes de sagesse, transmission, expérience . Cette constatation rejoint le ressenti que j'ai eu lors de mon expérience professionnelle. Mon regard sur la personne âgée s'est modifié au fil de mon exercice : de la dépendance et du négativisme, d'une prise « en charge », il a évolué vers le « prendre soin ». j'ai compris que devenir vieux ne signifiait pas perdre sa dignité.

L'âge est maintenant pour moi synonyme d'expérience, de connaissances et de besoin de transmettre. L'évolution de ma perception est également en lien avec le retour des aides-soignants que j'ai cotoyé lors de la formation ASG. L'importance de ce que les patients, même les plus dépendants, pouvaient apporter à ces soignants par la communication et leur expérience de vie, avaient une importance cruciale pour eux. Leur présence dans cette formation était un choix : celui de se « spécialiser » afin de pouvoir apporter encore plus à leurs résidents présentant une démence.

Cette réalité de qui est la personne âgée, telle que je me la représente à présent, est cohérente avec ce qu'expriment ceux qui les cotoient au quotidien : les soignants de secteur gériatrique.

Ainsi, les futurs directeurs de soins, promotion 2014-2016, voient également leur vision évoluer, tant par rapport à la gériatrie et qu'au travail en gériatrie¹⁸.

¹⁷ Denise JODELET, Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie, in Psychologie sociale, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF, Le psychologue, 1997, p. 365.

¹⁸ Soins Gériatrie Janvier/février 2015 N°111 p.38-42

Ils découvrent, à travers un stage obligatoire, la singularité de l'exercice pluridisciplinaire, le professionnalisme et la motivation des soignants pour « *un accompagnement humain et personnalisé....une implication très forte des professionnels dans la qualité de la prise en charge* ». Ils ont ainsi pu prendre la mesure du travail de recrutement qu'ils auront à mener dans leur future fonction. Selon eux, ce recrutement ne devrait plus se faire par défaut c'est-à-dire en obligeant un soignant à prendre un poste en gériatrie, mais par l'intégration de soignants motivés, qui connaissent le sens du travail auprès de la personne âgée et en ont fait le choix.

La plupart des soignants exerçant en gériatrie, expriment la considération qu'ils ont pour ces « vieux ». Ils reconnaissent leur sagesse, leur statut d'adulte vieillissant et dont on doit prendre soin.

Cette perception qu'ils ont du soin conditionne la valeur qu'ils lui accordent et par extension, celle qu'ils accordent à la personne soignée. Mais quel est ce soin adapté et respectueux de l'humain qui habite ce corps vieillissant ?

2.3-*Qu'est-ce que le soin ?*

Le soin et les soins sont des termes dont l'usage est souvent confondu, mais qui relèvent de deux choses différentes comme le souligne W. HESBEEN¹⁹. Selon lui, les soins sont « *un ensemble d'actes ou de tâches qui ponctuent le quotidien des structures de soins.* » Il s'agit donc de la mise en œuvre de compétences théoriques et techniques, codifiées dans le cadre de l'exercice d'un métier. Il s'agit d'une activité mesurable, quantifiable. Le soin est « *le souci que l'on a de la personne en tant qu'humain singulier, ce qui se traduit par lui porter une attention particulière, une attention qui se soucie de l'être bien de la personne, de ce qu'elle vit.* ».

¹⁹ Op cit p.57

Le soin est donc avant tout une attitude, un désir d'être attentif à l'autre qu'il soit ou non malade. Il n'est pas possible de le codifier, car chaque personne agit selon ses valeurs et sa sensibilité.

Le concept du soin peut être mis en miroir avec la théorie anglo-saxonne du « care », « prendre soin », et du « cure » qui correspond aux soins. Toutefois, ces traductions sont réductrices et il est nécessaire de les définir et de les adapter à la prise en charge de la personne âgée.

2.3.1 Le cure et le care

Historiquement, l'infirmière avait un rôle d'assistance et de dispensation de soins de confort.

Depuis le milieu du XXème siècle, le rôle de technicien de l'IDE, au sens de mettre en œuvre une technique de soin, est devenu prépondérant et n'a cessé de se développer avec les progrès des sciences médicales. Les soins se font dans le « cure », c'est-à-dire dans le contexte de la technicité de l'acte et de l'aspect curatif de celui-ci. L'évolution des pratiques s'est faite dans le sens de soigner des maladies plutôt que de soigner et accompagner des malades, comme c'était pourtant le cas avant ces avancées médicales.

L'IDE est devenu « l'auxiliaire technique médicale »²⁰. Mais cette progression technicienne a fait perdre de vue aux soignants certains fondements de bases de leur pratique et en particulier leur rôle d'accompagnement et d'écoute du patient. La production de soins toujours plus performants, pour traiter une maladie, a pris le pas sur le prendre soin. Le « cure » est donc centré sur les actions thérapeutiques visant à guérir une maladie. Mais cet état de fait s'est encore modifié au XXIème siècle, une nouvelle culture du soin est apparue avec la chronicisation de certaines pathologies grâce à de nouveaux traitements. La formation initiale infirmière a remis le patient au centre des préoccupations de l'IDE. On vit mieux et plus longtemps avec une pathologie même grave.

²⁰ Eliane ROTHIER BAUTZER *Entre cure et care : les enjeux de la professionnalisation infirmière*. p.143

Le patient, devenu acteur de ses soins, est demandeur d'une écoute et d'une attention que la technique avait reléguée au second plan. Il côtoie les soignants de manière régulière et entend être traité avec égard, comme un « *humain singulier* »²¹.

Les soignants effectuent donc un changement de paradigme et se tournent vers le « prendre soin de », le « care » qui est leur cœur de métier historique.

Le « care » relève de « *l'éthique de la sollicitude, exigence incontournable qui donne le sens du métier infirmier* »²². Cette pratique du care est aujourd'hui largement mise en œuvre par les AS dans le contexte du contact étroit, voir intime avec le patient, en particulier lors des soins d'hygiène et de confort. Cette délégation du rôle propre de l'IDE a permis aux AS de conserver toutes les dimensions relationnelles du soin dans leurs actes.

Le *care* associe toujours²³ :

- une mobilisation cognitive, que l'on peut traduire par l'attention envers autrui,
- des attitudes plus affectives, que l'on peut traduire par le souci, la sollicitude et l'empathie vis-à-vis d'autrui,
- un travail, que l'on peut traduire par le soin ou par le prendre soin, mais qui comprend aussi de l'aide et de l'accompagnement d'autrui.

Le « care » est donc le prendre soin en globalité, en entrant en relation avec l'autre pour l'assister et l'accompagner que ce soit sur le chemin de la guérison ou sur celui de ces derniers moments.

La législation et la mouvance des idées encouragent fortement à user du « care », à savoir le souci de la personne, la relation à l'autre. Mais comment est-il mis en œuvre dans le secteur gériatrique ?

²¹ W.HESBEEN op cit

²² Cours IFCS Isabelle ROBINEAU FAUCHON 08/01/2015 « professionnalisme et éthique professionnelle »

²³ <http://www.agirpourlecare.com/2015/01/22/162/> Conférence du 12 juin 2014. Groupe HUMANIS

2.3.2 La vision du soin à la personne âgée

Tout comme nous l'avons vu jusqu'à présent, les personnes âgées patissent d'un déficit, d'une image dévalorisée face au regard de l'autre.

La gériatrie est le terme générique qui regroupe l'ensemble des prises en charge médicales des plus de 70 ans. Il convient de distinguer gériatrie et gérontologie : la gérontologie s'intéresse au vieillissement « normal » de l'individu dans toutes les dimensions qui concernent la personne : sociale, économique, psychologique, culturelle, médicale et autres. La gériatrie est donc une des composantes de la gérontologie. Elle regroupe donc toutes les spécialités médicales qui, avant cet âge « limite » de 70 ans, sont différenciées.

Cette difficulté à visualiser la prise en charge « globale » de l'individu vieillissant m'a été confirmé lors de mon stage de pédagogie durant ma formation de cadre de santé.

Pour les futurs soignants, la représentation du grand âge est celle de la perte d'autonomie et de la suppléance des incapacités. A l'issue d'une restitution de travail dirigé sur la pose de catheter veineux, une étudiante de 1^{ère} année m'a sollicité afin d'avoir des renseignements sur l'EHPAD liée à l'hôpital dans lequel j'exerce. Elle m'a abordé en me disant : « Je vais à l'EHPAD de XXX, je ne vais pas pouvoir pratiquer ce type de soin ». Lorsque je lui ai demandé pourquoi elle pensait cela, elle m'a indiqué que pour elle l'EHPAD n'était pas un lieu de soin technique, mais un endroit où on distribue des médicaments et où on fait des toilettes (sic)! Je lui ai donc brossé le portrait de la pratique, telle que je la connais, au sein de cette structure, où le rôle propre infirmier est prépondérant mais qui nécessite également des compétences techniques afin de maintenir les personnes âgées sur leur lieu de vie.

Cette vision « étudiante » de la gériatrie est le reflet de celle plus générale des soignants qui ne connaissent pas ou peu ce secteur.

Tout comme pour la représentation de la personne âgée, j'ai également demandé à mes collègues de promotion, infirmiers expérimentés, de me donner 3 mots qui selon eux, représentent la gériatrie.

En voici le résultat :



Nuage de mots : gériatrie

Comme dans le 1^{er} nuage de mots, les termes les plus évidents ont une connotation négative : « dépendance, démence, oubli, poly-pathologie ». Bien que certains évoquent l'accompagnement, le respect et l'empathie, je constate la méconnaissance de ce qu'est réellement ce secteur d'exercice.

Cet élément est souligné à plusieurs reprises dans la littérature professionnelle : « être affecté dans un EHPAD s'apparente encore trop souvent(...) à une punition »²⁴.

Sylvie DAIEFF, cadre supérieur de santé pôle gériatrique, et le Dr Philippe BABADJIAN, chef de service de gériatrie, ont défini clairement cette image négative de la gériatrie : ils évoquent, dans leur article commun « Valoriser l'exercice professionnel au sein d'un pôle de gériatrie, une mission difficile mais pas impossible », un travail répétitif, une impression de « pertes des acquis » liée à une notion de soins techniques peu présents dans ce secteur.

²⁴ Soins gérontologie N°71. P10

Mais il apparaît aussi pour les soignants la confrontation avec la réalité du vieillissement comme la perte d'autonomie et la confrontation avec le vieillissement physique. Ils pointent ainsi la « *peur de ce que les vôtres ou vous-même pouvez devenir, miroir d'une réalité à laquelle nous ne souhaitons pas être exposés* ».

Ces éléments mettent en exergue l'effet miroir de la confrontation à la vieillesse. Voir le corps et l'esprit vieillissant de l'autre renvoie le soignant à sa propre avancée en âge. Le soignant peut projeter sur le soigné sa peur de son état futur. Les représentations conscientes ou non des soignants et futurs soignants sont donc des éléments à prendre en compte.

Dans un contexte de vieillissement de la population nationale, où l'espérance de vie augmente avec une notion de poly-pathologies des personnes âgées qui demandent des connaissances et des compétences très « pointues », le turn-over IDE risque de voir s'altérer la sécurité et la qualité des soins, par une perte des savoirs tant théoriques, que procéduraux et comportementaux. Ce constat est confirmé par le ressenti des élèves directeur²⁵, qui ont conscience de la pénibilité du travail et des spécificités des soins aux personnes âgées. Cela rend peu attractif ce secteur d'exercice.

Mais pourtant, cette problématique du vieillissement de la population et de sa prise en charge est connue des pouvoirs publics depuis longtemps. En témoigne les textes législatifs qui régissent les soins depuis de nombreuses années.

La Charte de la personne âgée dépendante²⁶ existe depuis 1999, mais elle est encore méconnue du grand public et même des soignants, qui pourtant connaissent tous la charte de la personne hospitalisée. Le référentiel d'accréditation de la Haute Autorité de Santé en lien avec le développement de la bientraitance²⁷, tout comme les plan pluriannuels tel que Plan maladies neurodégénératives et apparentées 2015-2018²⁸ (qui a fait suite au plan Alzheimer 2010-2014) montrent combien ce vieillissement est pris en compte.

²⁵ Soins Gériatrie Janvier/février 2015 N°111. Op.cit.

²⁶ Annexe 3

²⁷ www.has-sante.fr consulté le 12/01/2015

²⁸ www.social-sante.gouv.fr/.../Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf consulté le 12/01/2015

Chacun de ces textes a pour but d'améliorer la prise en soin de nos « vieux » et de leur apporter les meilleurs soins dispensés par du personnel compétent et formé.

Ainsi la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante souligne dans son article X « qualification des intervenants » que :

«Les soins et les aides.....doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant, à domicile comme en institution ».

Mais cette évolution de l'image de la gériatrie et de ces patients se fait peu à peu. Ainsi, on peut retenir ces mots de deux jeunes IDE en poste à l'Hôpital Ambroise Paré (92) et citées dans la revue « Soins gérontologie »²⁹ :

« heureusement, après l'obtention de mon diplôme j'ai pris conscience, en exerçant auprès de ces patients, que chacun d'entre eux est différent »

« ...je me rends compte qu'ils évoluent. En fait, c'est probablement mon regard qui change(...)Je ressens plus d'empathie à leur égard et je crois être plus patiente avec ces derniers qu'auparavant »

Mais, comme je l'ai personnellement expérimenté et comme le souligne ces deux jeunes IDE, cet exercice nécessite un « *apprentissage et une adaptation complémentaire à la formation initiale reçue en IFSI* ».

Le « prendre soin » est la règle désormais édictée. Mais, comme je viens de l'exposer, la question du soin, et plus spécifiquement de la prise en soin de la personne âgée, interroge la pratique infirmière actuelle. Il faut pour cela explorer la notion des compétences soignantes qui doivent être mises en œuvre auprès de cette population dite « vulnérable » car souvent dépendante.

²⁹ Soins gérontologie op.cit. p36-37

2.4 Qu'est-ce que la compétence dans le soin ?

2.4.1 Le concept de Compétence

Philippe ZARIFIAN, sociologue et Professeur en sociologie à l'Université Paris-Est Marne-la-Vallée, s'est intéressé à « *l'émergence du modèle de la compétence comme nouveau modèle de la qualification* ».

Selon lui, historiquement, le concept de compétence nous vient du monde industriel. Il est apparu dans les années 70 du fait d'un contexte socio-économique morose. La mondialisation des échanges qui a suivi, et qui a atteint son paroxysme dans les années 90, a obligé les entreprises à être plus réactives afin de maintenir leur compétitivité.

Il leur a donc fallu travailler sur l'adaptabilité de leurs employés. Un changement de paradigme a ainsi eu lieu : du taylorisme, où les tâches des agents sont parcellisées et répétitives, les ouvriers ont été amenés à montrer leurs capacités, telles que prendre des décisions et des initiatives pour faire face aux aléas de leur quotidien. Ils ont été responsabilisés et ont gagné en autonomie dans leurs activités. Pour cela, les professionnels ont dû développer leurs compétences en faisant appel à des ressources tant externes qu'internes. Cela leur a permis de développer une approche analytique de leur travail, c'est-à-dire de réflexion sur ce qu'ils font et comment ils le font, et non plus uniquement comme les exécutants d'une tâche.

En effet, la compétence est définie par G. LE BOTERF comme :

« *L'ensemble des savoirs mobilisables : les savoirs théoriques, les savoirs procéduraux, les savoir-faire procéduraux, les savoir-faire expérientiels, et les savoir-faire sociaux* »³⁰.

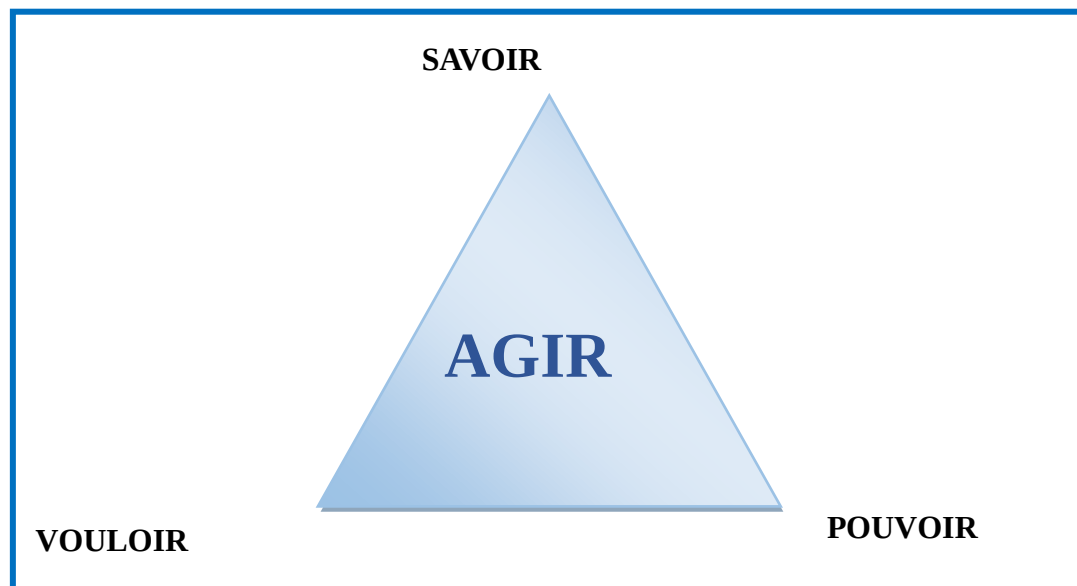
La Compétence mobilise donc des connaissances théoriques, associées à la capacité à les transposer dans un savoir-faire pratique et procédural. Les savoirs professionnels constituent donc la base de la compétence.

³⁰ Cours IFCS Morgane LE GAL. 08/09/2014. *Introduction à la notion de compétences*

Un professionnel compétent doit donc être en mesure de mobiliser tous les savoirs, de tous les types, acquis par sa formation initiale et par son expérience de travail et de formation continue. Il doit donc savoir, ce qui signifie disposer des connaissances théoriques et pratiques. Mais il doit aussi vouloir mettre en œuvre ce savoir, l'appliquer. Et enfin, il doit pouvoir le faire, c'est-à-dire être avoir les moyens d'exprimer ces capacités et d'être accompagné pour cela par ses pairs et l'institution. On peut donc schématiser cette définition de G. LE BOTERF sous la forme d'un « triangle de la compétence ».

LE TRIANGLE DE LA COMPÉTENCE

Selon G. LE BOTERF



Cette mobilisation se retrouve tant dans la manière de s'adapter à une situation de travail, que de répondre à une problématique particulière de manière efficace. Il s'agit d'une manière de travailler, de raisonner, d'agir et d'être.

Les évolutions tant technologiques que scientifiques; mais également celles de la société avec des exigences de qualité et de sécurité toujours plus présentes, mettent en évidence des changements. Ceux-ci se retrouvent dans la pratique infirmière et les activités de soins.

L'exigence accrue de sécurité et de qualité, mais aussi de personnalisation des soins, impose aux infirmiers d'acquérir en formation initiale des compétences mais aussi d'adapter celles-ci tout au long de leur carrière, pour pouvoir faire face de manière réactive et appropriée à chaque situation de soins.

La modification du référentiel des études en soins infirmiers, adoptée en 2009, se base en partie sur ce système de compétences et mérite que l'on s'y attarde afin de mieux cerner la dynamique actuelle de professionnalisation des infirmiers.

2.4.2 Compétence et référentiel de formation initiale infirmière³¹

« Le référentiel de formation des infirmiers a pour objet de professionnaliser le parcours de l'étudiant, lequel construit progressivement les éléments de sa compétence à travers l'acquisition de savoirs et savoir-faire, attitudes et comportements » (Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009). Cet objectif devra être poursuivi pendant toute la durée de l'exercice professionnel de l'infirmier.

La formation initiale, issue du référentiel de 2009 a donc pour objectif de former des professionnels de santé capables de faire face à des situations de soins de plus en plus complexes.

Les finalités de la formation sont d'amener l'Etudiant en Soins Infirmiers (ESI) à « *devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est-à-dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions [...] l'étudiant développe des ressources en savoirs théoriques et méthodologiques, en habiletés gestuelles et en capacités relationnelles.* » (Annexe III de l'arrêté).

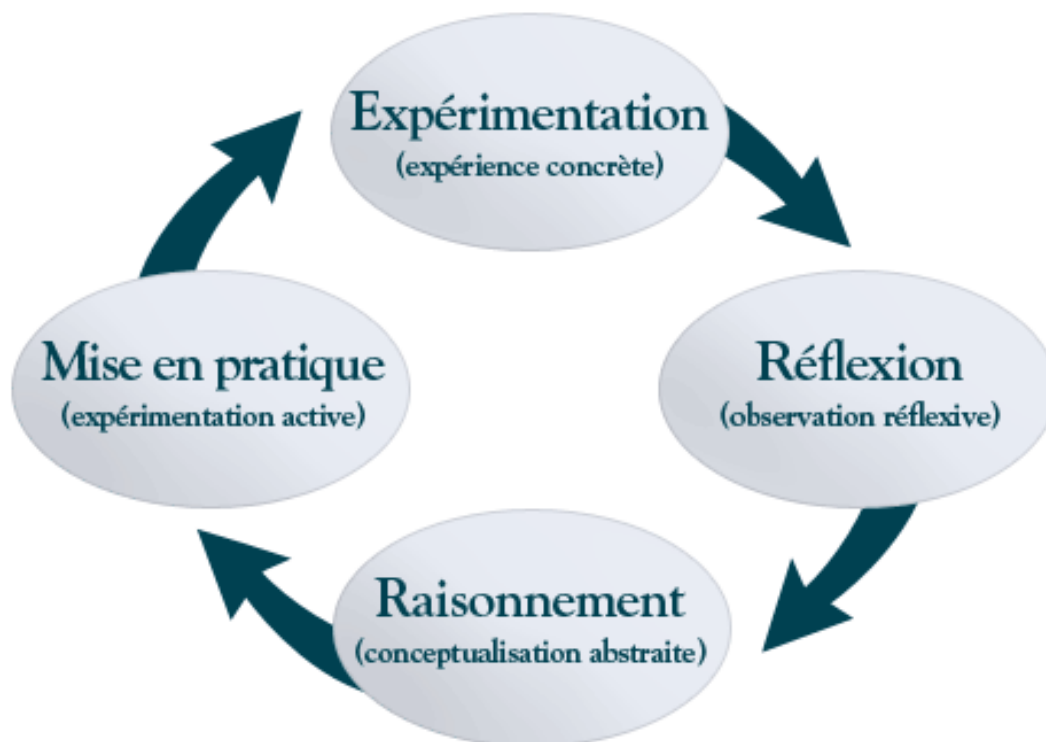
³¹ Annexe 4 Référentiel de compétences IDE

Pour cela, un référentiel de compétences a été construit en étudiant des activités réelles des infirmiers, quel que soit leur secteur d'activité. Ce référentiel comprend neuf activités du métier et d'un référentiel de 10 compétences (5 compétences cœur de métier et 5 compétences transversales). A l'issue des 3 années de formation, les étudiants obtiennent un diplôme d'état, qui valide ces 10 compétences. Ce diplôme correspond à une autorisation d'exercice, tel que défini par le code de la Santé Publique dans l'article L4311-2 « [...] peuvent exercer la profession d'infirmier ou d'infirmière les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou titre mentionné aux articles [...] ».

La période de formation initiale permet donc à l'étudiant d'acquérir des compétences qui lui permettent d'exercer dans tous les types de service de soin. Elle développe la capacité d'analyse de l'étudiant (la réflexivité), et qui permet à terme une adaptation en temps réel aux situations de travail.

Cette réflexivité a été schématisée par David KOLB, psychologue et théoricien de l'éducation, selon un cycle qui se décompose en quatre phases.

SCHÉMA DU CYCLE DE KOLB



- 1- EXPERIMENTATION : l'expérience concrète d'une action
- 2- REFLEXION : l'observation réfléchie et attentive de celle-ci : est-ce que ce que j'ai fait est bien, conforme à ce que l'on peut attendre de moi ?
- 3- RAISONNEMENT : la conceptualisation théorique et abstraite : est-ce que j'aurais pu faire différemment, y-at-il une meilleure méthode ?
- 4- MISE EN PRATIQUE : la mise en application, à nouveau, de l'action mais en y appliquant les réflexions issues de l'expérience initiale.

Au terme de leur formation, les étudiants sont « *autonomes, responsables et réflexifs* ». Ils sont donc « *des professionnels capables d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans la limites de leur rôle propre et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnelle* »³².

Les ESI ne sont donc pas, durant leurs 3 années de formation, confrontés à toutes les situations de soins existantes. Mais ils sont « entraînés » à réagir grâce à la capacité de réflexivité qu'ils ont établie. Il va donc falloir qu'ils développent voir acquièrent de nouvelles compétences en fonction de la spécificité de l'unité où ils vont exercer.

2.4.3 Le développement des compétences et leurs spécificités

A la suite des nuages de mots, que j'ai obtenus avec l'aide de mes collègues, j'ai interrogé de manière informelle certains d'entre eux (5 dont un ergothérapeute) afin de mieux cerner les attentes des soignants exerçant auprès des personnes âgées. Ces conversations ont fait apparaître une vraie conscience de la spécificité de la gériatrie. Tous ont convenu que la prise en soin des personnes âgées relève de compétences spécifiques, voire d'une expertise.

³² Annexe III de l'arrêté du 31 juillet 2009

Ces 5 professionnels ont mis en avant l'importance du contact et du relationnel mais aussi la prépondérance de leurs acquis expérientiels afin de prendre en soin de la manière la plus individualisée possible. Pour eux, les notions de dynamique d'équipe et d'interdisciplinarité entrent à part entière dans le soin.

Patricia BENNER, exprime ainsi cette « expertise » acquise par les connaissances mais surtout par la pratique au sein d'un milieu professionnel :

« Le développement des connaissances dans une discipline appliquée consiste à développer les connaissances pratiques (savoir-faire) [...] par la consignation du « savoir-faire » existant, développé au cours de l'expérience clinique vécue lors de la pratique de cette discipline »³³.

L'expérience professionnelle, associée au partage de cette expérience dans le contexte d'un travail d'équipe, concourt à l'acquisition de nouvelles compétences qui font de l'infirmier un expert dans une unité donnée

Selon elle, cette professionnalisation prend du temps : le passage de novice à expert dans une unité ne se fait pas en quelques jours mais nécessite au moins 5 ans de présence.

Cette constatation se base sur le modèle Dreyfus d'acquisition des compétences qu'elle détaille³⁴. Le stade de novice est celui de l'inexpérience des situations spécifiques à l'unité. Il s'applique autant à une IDE débutante qu'à une IDE qui change de secteur d'activité. Après une phase de débutante vient celle de compétente qui correspond à 2 voir 3 années d'exercice dans le même service : elle est capable de faire face aux nombreux imprévus de la pratique infirmière grâce à une planification consciente et à une organisation efficace qui laisse de la souplesse à son exercice. Au stade de performante puis d'experte, l'IDE se base non seulement sur ces compétences mais aussi sur sa perception des situations. Elle maîtrise alors tous les aspects d'une situation, elle pose systématiquement un regard d'ensemble. Cela lui permet donc d'anticiper les difficultés et de les éviter.

³³ Patricia BENNER, *De novice à expert* ; 1995, p. 8

³⁴ P.BENNER Op.cit. p.16-37

Cet état d'expertise soignante nécessite donc une présence de 5 années au sein du même service afin d'en connaître tous les rouages, les habitudes et de maîtriser toutes les situations possibles.

De plus, elle met en avant la reconnaissance du professionnalisme des soignants experts comme moyen de leur ouvrir des perspectives de carrières :

« Or il faut légitimer tout ce savoir-faire, fruit de nombreuses années d'expérience. Il n'est pas question ici d'ancienneté, mais bien de compétences réelles. Leur reconnaissance diminuerait énormément le stress et le mal-être vécus par ces soignants de valeurune grille reflétant fidèlement les compétences réelles des unes et des autres pourra enfin ouvrir aux infirmières de tout niveau de véritables perspectives de carrière»³⁵

Il faut donc mettre en œuvre d'autres moyens pour développer et/ou acquérir des compétences : la formation professionnelle continue en fait partie.

Celle-ci est obligatoire pour tous les professionnels, quel que soit le secteur d'activité (sanitaire ou non) depuis 1971. Elle a pour objet de favoriser l'insertion ou la réinsertion professionnelle des travailleurs, de permettre leur maintien dans l'emploi.

Elle se doit de favoriser le développement de leurs compétences et l'accès aux différents niveaux de la qualification professionnelle, de contribuer au développement économique et culturel et à leur promotion sociale³⁶.

Ce principe de formation tout au long de la vie, renforcé par les accords européens de Lisbonne de 2000, met en avant une approche par compétences. Celle-ci valorise les formations action mais aussi les mises en situation et la reconnaissance de l'expérience acquise. Le lieu de travail est donc considéré comme un lieu de formation permanent.

Ainsi, les établissements de santé se doivent de participer à la formation de leur personnel tout au long de leur carrière.

³⁵ P.BENNER Op.cit. p.163

³⁶Ministère du travail, des relations sociales de la famille, de la solidarité et de la ville, Titre 1, chapitre 1^{er} de la loi du 4 mai 2004

Ce principe de formation passe, au niveau des directions des ressources humaines par la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (G.P.M.C). Cette gestion a été mise en place par la circulaire du 9 octobre 2007.

Elle a pour finalité « *de créer une organisation dynamique des ressources qui permette d'adapter en continu les compétences disponibles à l'organisation du travail* »³⁷

« Face aux nouvelles attentes des usagers, mais aussi à celles des personnels, les établissements de santé doivent compléter leur gestion administrative et statutaire par une gestion davantage orientée vers une gestion des métiers et des compétences qui peut seule répondre aux enjeux de professionnalisation des métiers du secteur de la santé. (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, 2007) ».

L'évolution du métier d'IDE doit répondre à la logique de la GPMC, et aux besoins des institutions de soins en matière d'employabilité et de gestion de la qualité.

Pour cela, les institutions proposent aux agents de nombreuses formations. Celles-ci sont évoquées principalement lors des entretiens annuels d'évaluation des agents. Ces entretiens sont le moment privilégié pour le CDS et l'IDE d'évoquer le devenir du soignant et ses désirs et besoins afin d'assurer au mieux sa fonction.

Mais définir et développer des compétences ne peut se faire que dans un contexte favorable, en collaboration tant avec le CDS qu'avec l'ensemble des soignants qui travaillent en équipe. Un environnement favorable, où il est possible de s'épanouir et se réaliser professionnellement, met aussi en jeu la construction de son identité de soignant. Elle correspond à ses propres valeurs mais aussi à celle de l'institution dans laquelle on travaille. Il convient de revenir sur cette notion d'identité professionnelle et de comprendre son enjeu pour maintenir la motivation et l'envie d'exercer dans un secteur aussi particulier que la gériatrie.

³⁷ Association Nationale pour la Formation du personnel Hospitalier, <http://www.anfh.fr/>

2.4 L'identité professionnelle

L'identité est définie dans le dictionnaire LAROUSSE comme le « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* ».

Cette définition met en valeur la contradiction entre la permanence de l'identité pour chaque individu, qui le différencie des autres, mais aussi la nécessité d'appartenance à un groupe pour exprimer cette singularité.

Ainsi, Eugène ENRIQUEZ, professeur émérite de sociologie à l'université Paris7, indique que « *c'est par l'identification à l'image des autres sur nous que nous pouvons avoir une image de nous-même* »³⁸

Pour permettre de donner du sens à ce travail, il convient de se forger au fil de la formation initiale et de son exercice une identité professionnelle. Celle-ci sera faite tant des valeurs portées par le soignant, que de ce que lui aura apporté son expérience.

Ne pas se sentir soutenu, être cantonné à un rôle exécutant alors que l'on est au premier plan, ne concoure pas, selon moi, à encourager les soignants à s'investir dans cette spécialité. Les IDE, à contrario des AS, ne se sentent pas reconnus car les soins dits techniques et le travail administratif les éloignent des patients. Ils n'ont plus l'impression d'exercer selon les valeurs de sollicitude et de bienveillance issues du cœur de métier infirmier.

En effet, P. ZARIFIAN développe la notion de reconnaissance au travail dans son article « Devenir des individus au travail »³⁹. Il y éclaire la notion d'identité professionnelle et sous-entend celle de la satisfaction au et par le travail. Il évoque l'accomplissement de soi, la réalisation de soi comme le fait de : « *réaliser ses désirs, ses attentes, ce dans quoi chacun d'entre nous a envie de s'engager lorsqu'il se pense soi-même, lorsqu'il se projette dans l'avenir, en relation avec les autres* ». Au-delà du personnel, il parle de se réaliser en travaillant avec les autres, mais aussi pour les autres.

³⁸ Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références, Op.cit. , p.253

³⁹ ZARIFIAN, P. 2013. Le devenir des individus dans le travail. Article pages perso/orange

En effet, le travail n'a de valeur sociale qu'en permettant à l'individu de rentrer dans ce monde social. Il doit aussi avoir valeur de « devenir » afin de maintenir une dynamique d'apprentissage et de perfectionnement. L'identité professionnelle se construit donc par une individualité, un besoin de s'accomplir soi-même, mais au sein d'un groupe social qui reconnaitra cet accomplissement en son sein.

L'identité professionnelle soignante se construit au sein même de la formation initiale des soignants, et dans l'équipe soignante.

« Les identités professionnelles produisent des sentiments d'appartenance à des collectifs qui rassemblent tous ceux qui ont suivi les mêmes études, passé des diplômes équivalents (...) qui exercent des métiers similaires ou qui occupent les mêmes fonctions. »⁴⁰

Ces remarques rejoignent celles de Renaud SAINSEAULIEU, sociologue du travail, pour qui : *« la quête de reconnaissance, qu'elle soit sociale, symbolique ou affective, devient l'élément central qui amène les destinées humaines »⁴¹.*

Dans son ouvrage de référence⁴², il évoque les différents modes de reconnaissance des individus dans et par le travail. Le sens donné au travail par un individu doit recouper celui de l'équipe au sein de laquelle il exerce. La dynamique identitaire actuelle se base sur la projection que peut avoir un agent dans son avenir professionnel, sur son désir propre d'évolution.

Mais cette identité se forge également par l'implication qu'il a au sein de l'institution et surtout de son unité d'exercice. Or, comme le note R. SAINSEAULIEU :

« L'apprentissage du métier est fondamentalement une affaire d'expérience, de temps et aussi de capacités, si bien que la découverte de soi par la reconnaissance que l'on obtient de l'autre n'est pas exempte des forts sentiments d'infériorité ou de supériorité »⁴³

⁴⁰ Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références, Op.cit. , p.181

⁴¹ Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références, Op.cit. , p.181

⁴² R.SAINSEAULIEU, chap. 8 : identités collectives et reconnaissance de soi dans le travail, *L'identité au travail*, Paris : Editions presses de sciences po, 3^{ème} édition, 1996 ;

⁴³ R.SAINSEAULIEU, chap. 8 : identités collectives et reconnaissance de soi dans le travail. Op.cit. p.340

L'identité professionnelle est donc acquise, elle est « *la représentation de soi-même confronté au regard des autres sur soi* »⁴⁴. Elle découle donc en partie de la dynamique d'équipe dans laquelle l'IDE se trouve et qui lui permettra de se sentir reconnu, et par extrapolation le fidélisera dans ce secteur d'exercice.

P. BENNER résume ainsi la difficulté à forger une identité collective en adéquation avec l'identité individuelle au travail :

*« Jusqu'à ce que cette profession soit reconnue et récompensée comme il se doit par tout le monde, les infirmières continueront avoir des problèmes à reconnaître leur propre valeur, à affirmer leur identité et à s'impliquer totalement. »*⁴⁵

Ce thème de l'identité professionnelle et par extension, de la reconnaissance du professionnel infirmier, a été résumé par Karine ABIKHZER, cadre de santé, lors de la rédaction d'un article⁴⁶ pour la revue « Soins Cadres ».

K. ABIKHZER relie l'identité professionnelle à la notion d'appartenance à un groupe, l'identité d'un individu est selon elle « *la reconnaissance de ce qu'il est, par-lui-même ou par les autres* ». Il s'agit donc d'une construction permanente, en perpétuel mouvement dont le travail est l'élément structurant et socialisant. C'est à travers son emploi, son travail qu'une personne se définit en société. L'identification de ces capacités et de ces compétences font d'elle un être reconnu par les autres.

La notion d'« *identité pour autrui* » qu'évoque K. ABIKHZER, en citant Claude DUBAR, se révèle par l'identification, la différenciation et l'opposition par rapport aux autres. Ces éléments mettent en avant la nécessité de développer des compétences complémentaires, de se former pour correspondre à la fois à son identité propre mais aussi à son identité sociale et professionnelle. Progresser dans sa compétence et dans sa profession paraît être l'élément central de la reconnaissance des autres, mais aussi de soi-même.

⁴⁴ Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références, Op.cit. , p.178

⁴⁵ P .BENNER Op.cit. p 175-176

⁴⁶ Soins Cadres Février 2013. N°85 K.ABIKHZER « *La quête d'une nouvelle identité des professionnels de santé* », p.49-52

3-CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE

Partant de mon expérience personnelle, j'avais formulé comme question de départ :

« Pourquoi les infirmières marquent un désintérêt pour les soins aux personnes âgées ? ».

Le cadre théorique de mon travail s'est nourri de recherches documentaires, d'interrogations et d'enquêtes sur la profession infirmière mais également des écrits spécifiques à la gériatrie. La pluralité des documents disponibles, l'intérêt que portent de nombreux chercheurs et professionnels m'ont obligée à faire des choix du fait du délai imparti à la réalisation de mon travail. Les éléments apportés m'ont fait prendre conscience de la complexité des facteurs qui peuvent composer ce thème.

3.1 Les éléments apportés par la recherche théorique

J'ai ouvert mon interrogation et j'ai compris que la représentation du travail, sa charge, ne sont pas les seuls éléments qui impactent l'envie de prendre soin des personnes âgées. Le cadre conceptuel m'a permis d'approfondir ma réflexion et de mettre au jour d'autres éléments.

Tout d'abord, j'ai cherché à savoir à travers un questionnaire exploratoire si ma vision du manque d'implication en gériatrie était réelle. L'analyse de ces questionnaires m'a amené à rechercher ce qui a déjà été fait pour fidéliser les soignants, et pour rendre attractif un secteur dont l'image reste négative.

En effet, l'impact encore actuel de la représentation de la personne âgée pour le public, mais surtout pour les soignants reste empreinte de dépendance, d'incapacité.

Toutefois, l'article consacré aux élèves directeurs de soins et les différents écrits reprenant les propos de soignants exerçant en gériatrie laissent apparaître une évolution positive de cette représentation. Elle conditionne la valeur que l'on donne aux soins prodigués.

J'ai donc ensuite exploré ce qu'est le soin, en particulier auprès des personnes âgées. Les notions de « care » et de bientraitance sont prégnantes et mises en avant par les soignants eux-mêmes. Cette capacité à prendre soin conditionne de fait les compétences, tant requises que développées par l'expérience professionnelle.

La reconnaissance de leur travail, la possibilité d'évoluer dans leur fonction, les responsabilités qui leur sont confiés modifient la perception de leur travail. L'acquisition de compétences spécifiques modifie elle aussi l'identité professionnelle du soignant. Le cadre de santé a, entre autres rôles, de permettre à ses agents de s'épanouir dans leur travail.

3.2 La question de recherche et ses hypothèses

Ces réflexions m'amènent donc faire évoluer ma question de départ vers la question de recherche suivante :

« Par quel levier le cadre de santé peut-il créer des conditions favorables à la fidélisation des infirmiers dans un service de gériatrie ? »

L'exploration théorique et conceptuelle m'a permis de découvrir de nombreuses pistes de recherche. J'ai toutefois fait le choix de me concentrer sur une seule hypothèse afin de mieux centrer ma recherche.

J'ai donc choisi de poser l'hypothèse suivante :

En mettant en avant les compétences spécifiques des soignants en gériatrie, le cadre de santé permet une prise en soin qualitative du patient âgé, tant pour la personne que pour le soignant.

Cette reconnaissance favorise la fidélisation des soignants et favorise le développement de leurs compétences professionnelles spécifiques.

Afin de pouvoir vérifier cette hypothèse, j'ai mené une enquête de terrain. Celle-ci a été réalisée en mars 2015 auprès de cadres de santé et de faisant fonction de cadre de santé dans un établissement hospitalier de province et dans quatre établissements de région parisienne.

Je vais, dans la deuxième partie de ce travail, expliquer le choix de ma méthodologie d'enquête, c'est-à-dire le choix de l'outil, son élaboration, ainsi que l'échantillonnage des personnes interviewées. J'exposerai enfin les données recueillies et en ferai l'analyse. Ces éléments de compréhension me mèneront, sous la forme d'une synthèse, à un retour sur la question de recherche posée et donc à la validation, l'amendement ou l'invalidation de l'hypothèse formulée ci-dessus.

DEUXIEME PARTIE : L'ENQUÊTE DE TERRAIN

4- MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE

Stéphane BEAUD, sociologue, et Florence WEBER, anthropologue, ont décrit l'enquête de terrain comme « *la possibilité de mettre à jour la complexité des pratiques sociales les plus ordinaires. Elle permet de réhabiliter des pratiques ignorées, mal comprises ou méprisées* »⁴⁷. C'est un instrument scientifique qui « *se soucie d'aller voir de plus près la réalité sociale* »⁴⁸. Ces définitions sont proches de l'objectif de mon enquête, toutes proportions gardées bien sûr.

Au cours de mon enquête, j'ai donc interrogé des cadres de santé et des faisant fonction de cadre, afin de pouvoir comprendre leurs rôles dans la reconnaissance des compétences spécifiques des infirmiers exerçant en gériatrie et par extension, dans la fidélisation de ces soignants au sein de leurs services de soins.

4.1. L'outil de recherche

4.1.1 Le type d'entretien mené

J'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif comme outil de recherche. En effet, selon S.BEAUD et F.WEBER, l'entretien est une interaction entre l'enquêteur et la personne interviewée : Chaque interviewé exprime son point de vue singulier. L'entretien semi-directif laisse donc libre cours à la pensée et donc aux choix des réponses de l'interviewé.

⁴⁷ BEAUD, Stéphane ; WEBER Florence. Guide de l'enquête de terrain. Paris. Édition la Découverte, 2003. P.9

⁴⁸ Op.cit. p.10

Ce dernier utilise ses mots, et donne les détails qui lui semblent importants. Il peut s'exprimer librement sur son vécu et ses ressentis. Il s'agit donc d'un échange où la réponse donnée ouvre sur un autre questionnement face à l'objet d'étude.

Du point de vue de l'interviewer, ce type d'entretien laisse plus libre d'énoncer des reformulations permettant d'approfondir le discours de la personne interrogée.

Cet outil me paraissait donc, le mieux approprié à mon enquête. J'ai pu réaliser un recueil d'informations qualitatif, qui correspondait pour moi à mon thème de recherche.

L'entretien semi-directif s'articule autour de différents temps :

- L'accès à l'interviewé (prise de contact initiale et rendez-vous).
- Construction d'un guide d'entretien (élaboration d'un support formalisant les thèmes qui seront explorés).
- La réalisation des entretiens (rencontre et échange professionnel).
- La restitution des données.
- L'analyse et la confrontation à la question de recherche.

4.1.2 Construction de la grille d'entretien

Afin de construire le guide d'entretien, j'ai sélectionné les thèmes que je souhaitais aborder. J'ai préparé des questions de relance, me permettant d'approfondir la réflexion des cadres de proximité interrogés. Le guide d'entretien⁴⁹ a été construit de façon à amener le cadre de santé à évoquer progressivement le thème des compétences spécifiques développées par les infirmiers en gériatrie, et leurs méthodes ou moyens pour les reconnaître chez ces professionnels.

Les thèmes abordés débutent par le choix de l'exercice en gériatrie, puis s'orientent vers le recrutement infirmier et ses difficultés ou non.

⁴⁹ Annexe 5

En fonction des réponses données, les facteurs de défection ou de maintien en poste sont évoqués si l'interviewé ne l'a pas fait spontanément. Viennent ensuite la notion de compétences spécifiques à l'exercice en gériatrie, puis de la reconnaissance de ces compétences.

L'entretien se termine par le rôle du cadre dans ce contexte de maintien en poste par l'évocation de sa méthode pour fidéliser les infirmiers.

A la suite de l'élaboration du guide et de sa validation par ma directrice de mémoire, j'ai testé celui-ci. Pour cela, j'ai interrogé une cadre supérieure de santé de ma connaissance. Du fait de la pertinence des réponses reçues, je n'ai pas modifié mon support et j'ai choisi d'inclure cet entretien dans mon analyse. Cette personne est identifiée sous le vocable « cadre B » dans mon corpus de recherche.

4.2 L'échantillonnage retenu pour les entretiens

Au regard de ma problématique, j'ai fait le choix d'interroger huit cadres de santé. Afin de comparer par la suite ces deux situations, j'ai axé ma recherche d'interlocuteurs sur des pôles gériatriques regroupant différentes unités de soins (Unité de médecine gériatrique aigue, EHPAD, USLD). Travaillant en Province, j'ai également fait le choix d'explorer la notion de grande ville/ province, en lien avec l'opportunité plus importante de trouver un poste infirmier dans une ville disposant d'un hôpital de taille importante.

Sept de ces entretiens se sont déroulés en face à face, permettant ainsi un échange, dans un cadre prédéfini, afin de délimiter un espace de confiance et de favoriser l'expression de l'interviewé. Ces rencontres directes m'ont permis de maîtriser le déroulé de la discussion afin de garder en point de mire mon objectif de départ.

En effet, comme le soulignent S.BEAUD et F.WEBER, un entretien «*se déroule toujours dans un lieu et à un moment donnés*»⁵⁰.

⁵⁰ Op.cit. p254

Le fait d'effectuer ces entretiens sur les lieux d'exercice de ces professionnels m'a permis de mieux cerner leur environnement : bâtiment récent ou ancien, praticité des locaux recevant les patients, chambre individuelle ou non etc..... Le huitième entretien, qui a eu lieu par téléphone, a montré une limite que j'évoquerai dans la partie 4.3.1

De plus, durant la phase exploratoire de ce travail, je me suis interrogée sur la notion d'environnement de travail. Je n'ai toutefois pas eu le temps d'explorer cet item. J'ai donc choisi d'interroger deux groupes de cadres de santé: quatre exerçant en secteur rural et quatre en secteur urbain dense. Ainsi, j'évaluerai si, dans l'analyse de mon enquête, cette composante environnementale a également une signification pertinente.

Voici une présentation plus détaillée des huit cadres dont les entretiens ont été exploités pour ce travail.

- o Le cadre A, femme, faisant fonction de cadre de santé en EHPAD depuis 6 mois, ayant exercé précédemment comme infirmière SSRG. Cette personne a exercé comme faisant fonction de cadre sur proposition de sa direction des Soins avant son départ pour l'école des cadres. Elle souhaiterait pourtant retourner dans ce lieu de vie pour poursuivre sa carrière. Exercice en milieu urbain
- o Le cadre B, femme, cadre de santé depuis 15 années, en poste en EHPAD depuis 4 ans, ayant exercé précédemment en psychiatrie et en IFSI. Cette personne a choisi de devenir cadre de gériatrie. Elle ne souhaite toutefois pas changer de service à ce jour. Exercice en milieu rural.
- o Le cadre C, femme, cadre de santé depuis 23 années, en poste en USLD depuis 7 ans, ayant exercé précédemment dans d'autres secteurs (réanimation, chirurgie et gériatrie). Cette personne est titulaire d'un Diplôme Universitaire de gérontologie. Elle a choisi ce poste et ne souhaite pas changer de service car elle doit prendre sa retraite dans 3 ans. Exercice en milieu rural.

- o Le cadre D, femme, cadre de santé depuis 7 années, en poste en USLD/EHPAD depuis 7 ans, ayant exercé précédemment comme infirmière formatrice en IFAS. Cette personne n'a pas choisi de devenir cadre de gériatrie. Elle envisage de changer de service mais pour retourner vers la formation initiale ou un autre service de gériatrie. Exercice en milieu rural.
- o Le cadre E, homme, cadre de santé depuis 8 années, en poste en UMGA depuis 4 ans, ayant exercé précédemment en médecine puis en EHPAD. Cette personne a choisi de rester cadre en gériatrie. Il n'envisage pas de changer de service à ce jour. Exercice en milieu rural.
- o Le cadre F, homme, faisant fonction de cadre de santé depuis 3 années en poste en EHPAD, n'ayant pas exercé précédemment dans d'autres secteurs. Cette personne a choisi de devenir faisant fonction de cadre en EHPAD, où il a exercé comme infirmier durant 6 ans. Il souhaite retourner dans ce service à l'issue de sa formation à l'IFCS. Exercice en milieu urbain
- o Le cadre G, femme, cadre de santé depuis 17 années, en poste en UMGA/USPG/SSRG depuis 7ans 1/2, ayant exercé précédemment en IFSI. Cette personne n'a pas choisi de devenir cadre de gériatrie, mais étant titulaire d'un DU de soins palliatifs, elle a vu ce poste comme une opportunité. Elle ne souhaite pas changer de secteur à ce jour. Ce cadre est le seul à manager trois unités : UMGA, SSRG et Unité de Soins Palliatifs Gériatrique (USPG). Exercice en milieu urbain.
- o Le cadre H, femme, cadre de santé depuis 6 années, en poste en UMGA depuis 4 ans 1/2, ayant exercé comme faisant fonction de cadre en SSRG. Cette personne a choisi de devenir cadre de gériatrie. Elle va prochainement changer de fonction, et devra probablement quitter le secteur de la gériatrie. Elle m'a informé que ce changement de secteur ne la dérangeait pas mais qu'elle aurait souhaité pouvoir y poursuivre de nouveaux projets, en lien avec ses futures fonctions. Exercice en milieu urbain.

4.3 Limites et atouts de cette méthodologie

4.3.1- Limites

Ces entretiens ont pu avoir lieu après accord des directions des soins infirmiers (DSI) des établissements où exercent les cadres interrogés. Il m'a donc fallu anticiper les demandes afin de pouvoir mener à bien cette recherche. Du fait du délai imparti pour la réalisation de ce travail, j'ai pris contact avec les DSI à mi-parcours de ma formation.

Deux directeurs de soin ont demandé à consulter ma grille d'entretien avant de me donner leur aval. La construction de celle-ci a donc dû être avancée par rapport à la progression de ma réflexion. Cela m'a mise en difficulté du fait que ma question de recherche n'était alors qu'ébauchée. Toutefois, la guidance de ma directrice de mémoire a été prégnante pour accéder à la demande qui m'était faite.

La seconde difficulté a résidé dans le huitième entretien : celui-ci, initialement prévu en face à face, a dû être décalé et réalisé par téléphone. J'ai alors mesuré l'importance de la présence physique pour comprendre et analyser les réponses de l'interviewé. J'ai été en difficulté pour reformuler les réponses données, et donc pour relancer le dialogue au cours de cet échange. L'absence de visualisation des réactions physiques, telle qu'une mimique, un sourire ou un hochement de tête, modifie la perception des réponses données. J'ai toutefois choisi de garder cet entretien dans mon analyse, du fait de la qualité et de la concordance des réponses données, avec les autres entretiens.

4.3.2- Atouts

Le choix de l'entretien semi-directif s'est révélé être un outil pertinent. Il a permis la libre expression des interviewés et à favoriser leur réflexion sur leur fonction d'encadrement de proximité. La diversité des lieux d'exercice de ces cadres m'a également permis de visualiser une ambiance « générale » de travail.

L'organisation que ces cadres ont mise en place à toujours pour point central le patient, cet élément transparaissant dans leurs réponses à mes questions. Bien que le contenu de leurs réponses ait été riche de sens, j'ai conscience que huit entretiens ne reflètent pas une généralité, et qu'il s'agit d'un travail non exhaustif du fait du temps imparti à sa réalisation dans le cadre de la formation.

Toutefois, mon statut d'étudiante cadre de santé, ainsi que mon expérience professionnelle dans le secteur gériatrique, a été un plus pour communiquer avec ces cadres que j'ai rencontrés. J'ai en effet fait le choix d'indiquer mon expérience infirmière du secteur dans ma présentation. J'ai ainsi créée un lien entre mon interlocuteur et moi. Les cadres m'ont paru en confiance car ils savaient que mon intérêt pour ce sujet a une connotation positive. Ils ont compris que mon but est de mieux appréhender la prise en soin de la personne âgée, afin de l'améliorer encore, dans mon futur exercice de cadre de santé.

Il me paraît, en conséquence, important de noter la disponibilité dont les encadrants de proximité ont fait preuve pour me répondre. En effet, ils ont accueilli ma demande de les rencontrer avec rapidité. Dès le premier contact, tous ont accepté ma requête, sous réserve d'accord de leur DSI. Leur accueil a, à chaque fois été chaleureux et bienveillant. Ils ont tous fait preuve d'une grande sincérité dans leur réponse, n'éludant pas les difficultés. Leur attachement au travail « bien fait », à la prise en soin de la personne âgée et la considération qu'ils ont pour cette dernière a transparu, tant à travers leurs réponses que leurs attitudes. J'ai eu la chance de rencontrer des professionnels investis dans leur mission, pleins d'humanité.

Enfin, je réalisais pour la première fois une enquête de terrain, et mon inexpérience dans ce domaine ne m'a certainement pas permis d'exploiter de manière optimale les outils et la méthode que j'ai choisis. Les réponses obtenues me permettent toutefois de penser que ces derniers étaient adaptés au cadre de ma recherche.

Après cet exposé de ma méthodologie d'enquête de terrain, je vais vous présenter l'analyse qualitative des données recueillies lors de ces entretiens, afin de confronter les réponses obtenues à ma question de recherche et à mon hypothèse.

5-L'ANALYSE DES ENTRETIENS

5.1. Les données recueillies et leur analyse

Les entretiens réalisés ont été des temps d'échange avec les cadres de santé, guidés par les thèmes de ma grille d'entretien. De ce fait, certaines questions n'ont pas été formulées, car les réponses sont venues spontanément au cours de l'échange. De plus, les thèmes n'ont pas tous été abordés dans le même ordre. Afin de pouvoir analyser ces entretiens, je les ai repris et j'ai classé les réponses données en fonction des différents thèmes abordés. J'ai choisi de regrouper les questions abordant le même thème général, afin de faciliter la compréhension de l'analyse.

5.1.2- Question 1 : La représentation du soin à la personne âgée en gériatrie.

Les 8 cadres interrogés ont spontanément parlé, à travers leur propre expérience de la gériatrie choisie ou non, des raisons qui font que les soignants y exercent par envie ou par « obligation ».

Cinq cadres (B, C, E, F et H) ont choisi ce poste encadrant suite à une expérience infirmière ou de cadre de proximité dans ce secteur. Ils savaient donc ce qu'était la gériatrie et ont tous exprimé les valeurs du soin comme raison principale de ce choix.

Ces valeurs se situent principalement dans la notion de bientraitance, de prise en soin globale, c'est-à-dire tant physique que psychologique et sociale de la personne âgée. Pour ces cadres, prendre soin de la personne âgée signifie l'accompagner dans son chemin de vie, en prenant en compte tant son bien-être physique que ces désirs et ces envies.

Les trois autres cadres, à qui ce poste a été imposé, sont aujourd'hui satisfaits de leur travail. Ils évoquent le changement de leur représentation du travail soignant en gériatrie pour justifier cette satisfaction.

Aujourd'hui, 6 cadres sur 8 n'envisagent pas de changer de poste. Les 2 autres l'évoquent mais pour retourner vers de la formation initiale (cadre D) dans l'optique de mieux préparer les futurs soignants à ce type de poste, ou parce qu'elle change de fonction (cadre H). Cette idée de rester sur le secteur de gériatrie a trait à la représentation qu'ont ces cadres de la personne âgée : tous ont évoqué au cours des entretiens « *la vulnérabilité, la fragilité* » du patient âgé » (cadres A, B, F), mais aussi la prise en compte de « *l'expérience, l'autonomie et la liberté* » (Cadres C, E, G) qui doivent être les moteurs des soins qui leur sont prodigués. La personnalisation des soins (Cadres D et H), le respect de la personne en tant qu'adulte, et non pas en tant que charge pour la société, est selon eux primordiales à leurs bonnes prises en soin.

Ces cadres mettent donc en exergue la représentation de la personne âgée et la perception du travail soignant en gériatrie. Pour eux, il s'agit d'un travail complet, gratifiant pour le soignant. Cet exercice professionnel englobe toutes les dimensions du soin et fait appel à toutes les compétences du rôle propre infirmier afin de mener une personnalisation du soin.

Bien qu'aucun d'eux ne minimise la difficulté à prendre soin dans un contexte où la mort est souvent l'issue, où le regard extérieur sur le travail est souvent encore péjoratif, ils ont à cœur de faire en sorte que leurs équipes puissent donner le meilleur d'eux même. Tous ont évoqué, avec des mots différents, qu'en gériatrie, « *on soigne une personne, dans sa globalité, et pas juste une maladie* » (cadres B, D et G)

5.1.3- Questions 2 et 3 : La fidélisation

La 2^{ème} question, évoquant le fait d'une équipe stable ou non, a amené directement les cadres à évoquer le thème de la 3^{ème} question, à savoir les facteurs influençant les IDE pour exercer dans ce secteur. Il ne m'a été nécessaire de relancer la thématique.

Quatre cadres (Cadres B, D, G et H) n'ont pas de difficulté à maintenir leur équipe stable. Pour tous, ils n'ont pas connu de changement massif de personnel infirmier depuis au moins 4 années. Pour les cadres G et H, les modifications de leur équipe IDE sont en lien avec une augmentation de la charge de travail qui a entraîné des ouvertures de poste.

Il convient de souligner que dans ce contexte, elles n'ont eu aucune difficulté de recrutement du fait de la « *bonne réputation* » du service de soin.

Ces 2 cadres m'ont indiqué qu'elles avaient pu choisir les IDE recrutés car elles disposaient de plus de candidat que de poste à pourvoir. Elles soulignant le fait que le service accueille de nombreux étudiants infirmiers qui souvent arrivent avec une vision négative de la gériatrie. A l'issue du stage, cette vision a souvent diamétralement changé, parfois même au point que certains ESI reviennent en stage dit « pré professionnel »⁵¹ en fin de 3^{ème} année d'études.

Les quatre cadres ne rencontrant pas de difficulté de personnel mettent en avant la notion de l'autonomie du soignant dans la prise en soin du patient âgé pour l'infirmière. La gériatrie représente une combinatoire de toutes les spécialités médicales car le vieillissement physiologique se répercute sur tous les organes. Ce secteur de soin est donc, selon eux, multi disciplinaire et oblige le soignant à avoir de nombreuses connaissances théoriques mais aussi à savoir réagir rapidement devant un tableau clinique souvent complexe. Ce secteur d'exercice met donc en avant la réflexivité et l'engagement du soignant. De plus, cette autonomie est encore plus un facteur de fidélisation, selon les cadres A, C et D, en EHPAD. En effet, cette structure étant un lieu de vie, il n'y a pas de médecin présent en permanence. C'est donc l'IDE qui doit savoir agir et réagir de manière autonome afin de savoir quelles actions mettre en œuvre avant l'arrivée du médecin et/ou savoir quand elle doit faire appel à celui-ci. Cet élément rejoint la notion de responsabilité et d'expérience qui, selon ces 4 cadres, font la différence. Les raisons de cette différence seront développées dans la dernière question.

Les autres éléments évoqués par les cadres sont la dynamique d'équipe, et à travers elle la notion du « collectif » dans le prendre soin. Il s'agit de mener un travail auprès de l'équipe pour que tous aillent dans la même direction : celle du projet de vie, du projet de soin centré sur la personne soignée. Ce projet est souvent l'objet d'un travail pluridisciplinaire qui motive les soignants. Il a fréquemment pour objectif de maintenir l'autonomie de la personne âgée et donc sa place dans la société. Le cadre est alors « *le chef d'orchestre* » (cadre G) pour mener ce projet, porté par les soignants et le patient.

⁵¹ Stage de fin de formation de 15 semaines qui a pour objectif d'envisager une future prise de poste

Les quatre autres cadres (Cadres A, C, E et F) évoquent eux des difficultés. Mais celles-ci se situent plus sur le recrutement même des soignants plus que sur leur fidélisation. En effet, pour deux d'entre eux (cadres C et F) la politique de gestion des ressources humaines fait que les nouveaux arrivants IDE sont automatiquement affectés en gériatrie. Ce non choix d'affectation entraine souvent un turn-over des soignants.

En effet, comme le souligne le cadre C, les jeunes diplômés sont souvent effrayés par l'autonomie et la responsabilité que demande l'exercice auprès des personnes âgées. Ainsi, après 2 à 3 ans d'exercice, ils demandent un changement de service ou quitte l'hôpital afin d'aller exercer vers un secteur plus « *technique et où ils se sentiront donc plus en sécurité* » (cadre C).

Les cadres A, C et F parlent aussi du manque de moyens. Leurs IDE en partance évoquent fréquemment ce manque de moyen, en particulier humain, pour bien faire leur travail. Pour eux, la multiplicité des soins les empêchent d'entrer réellement en relation avec le patient. Ils évoquent auprès des cadres le manque de temps pour mener à bien leur mission relationnelle, dont les patients âgés sont souvent demandeurs. Ce manque de moyens est surtout ressenti par les cadres lors des accompagnements de fin de vie des résidents.

Les cadres C et F évoquent aussi la problématique des départs liés à la profession du conjoint de leur IDE. Tous deux exercent dans une ville dont la particularité est d'accueillir une caserne militaire. Dès l'arrivée de nouveaux soignants, ils savent que ces derniers sont susceptibles de partir à l'issue de 3 ou 4 années de présence, même si le travail en gériatrie leur plait. Cela complique fortement la notion de formation et développement de compétences que ces derniers peuvent proposer à leur personnel, puisque celles-ci ne seront que temporairement mise en œuvre au sein de la structure. Les cadres hésitent donc à former plus spécifiquement des soignants dont ils savent qu'ils partiront à brève échéance, emportant avec eux le savoir acquis et la mémoire du service et de ces valeurs. Cette réticence a probablement un impact sur l'ensemble des soignants de ces services.

5.1.4- Questions 4 et 5 : Les compétences et leurs reconnaissances.

L'évocation de ce concept a fait l'unanimité des huit cadres de santé : tous ont évoqués les mêmes éléments : J'ai fait le choix de les classer selon leur niveau d'évocation par ces cadres

- o Les Compétences relationnelles : Elles ont été le plus souvent décrites sous le terme d'empathie envers le soigné c'est-à-dire la compréhension, l'écoute mais sans prendre pour soi la souffrance. Beaucoup de jeunes IDE ont du mal avec cette notion, la « bonne » distance relationnelle vient avec l'expérience. Or, il est délicat de savoir jusqu'où aller dans l'intimité de la personne soignée sans s'impliquer trop, au risque d'être en souffrance face à son travail quotidien. La communication, tant avec le patient qu'avec les autres soignants, est aussi un élément mis en avant par les cadres : la dynamique d'équipe et le collectif du prendre soin ne peuvent fonctionner que si les soignants se parlent. Il est parfois difficile d'obtenir de tous une communication centrée sur le patient et qui met de côté les conflits interpersonnels.
- o L'adaptabilité et la polyvalence : pour ces encadrants, la capacité des IDE à faire face à tous les types de situations est primordiale. La multiplicité des pathologies associées chez la personne âgée, celle des situations particulières (solitude, famille présente ou non, désir de rester à domicile même avec un handicap ou une dépendance importante) obligent le soignant à perpétuellement personnaliser ses soins. Il doit faire preuve de connaissances théoriques solides ou doit les acquérir rapidement afin de garantir la qualité et la sécurité des soins. Il doit être à la fois soignant pour traiter une ou des pathologies mais aussi travailleur social pour envisager et s'assurer du suivi post hospitalisation. Ces différentes « casquettes » de l'infirmier en gériatrie se retrouvent auprès de chaque nouveau patient, et même « *entre chaque chambre* » (cadres B, E et G)
- o La réflexivité : Selon les cadres, elle va de pair avec l'adaptabilité et la polyvalence. Elle permet aux soignants de travailler en équipe, dans une même ligne de conduite et dans une même dynamique. Elle est à la fois personnelle et collective.

Chacun réfléchit à la meilleure façon de prendre soin et partage sa vision des choses avec les autres afin de définir le projet de soin le plus adapté au patient. Cette réflexivité est donc conditionnée par la communication au sein de l'équipe.

- o La responsabilité : elle regroupe à la fois la capacité à prendre une décision adaptée et pertinente en situation (réflexivité) et le fait de justifier le cas échéant de ces actions et décisions pour le patient. Il s'agit donc de savoir quand agir, mais aussi comment et pourquoi. Cette notion fait souvent peur aux plus jeunes soignants, qui n'ont pas toutes les connaissances spécifiques, et qui ne veulent pas prendre le risque d'une mauvaise décision.

La responsabilité est aussi liée aux activités transversales qui peuvent être proposées aux soignants. Celles-ci peuvent concerner la correspondance avec l'infirmière hygiéniste : l'IDE responsable doit transmettre, expliquer, former ces collègues aux bonnes pratiques, aux nouveaux protocoles. Il a ainsi un rôle au sein du collectif du prendre soin. Il peut également s'agir d'être référent d'un ou plusieurs patients. L'IDE est alors l'interlocuteur identifié et privilégié tant du patient que de sa famille. Il a une connaissance particulière de cette personne et sait très précisément ce qu'elle souhaite ou ne souhaite pas. Il s'agit d'une relation « privilégiée » qui met en avant l'aspect positif du soin gériatrique.

- o L'autonomie : elle découle des éléments précédents puisqu'elle associe connaissances, communication (recherche des informations les plus pertinentes en situation) et capacité à agir par soi-même. Cette autonomie s'acquiert par l'expérience mais aussi par le soutien des autres et leur accompagnement. L'autonomie de l'infirmier en gériatrie est prépondérante car il coordonne souvent l'équipe des aides-soignants et les guide dans leurs actions afin de répondre au mieux aux besoins du patient. Elle peut être développée grâce à des actions de formations spécifiques en lien avec la personne âgée selon les huit cadres interrogés. Pour le cadre D, cette autonomie se développe également grâce à la mobilité offerte aux IDE au sein du pôle gériatrique, comme la prise de poste régulière en hôpital de jour. L'IDE y mène une prise en soin différente, dont les objectifs diffèrent du service de soin « classique ».

- o L'expertise : elle n'a été évoquée que par le cadre D car elle dispose d'une équipe très stable (minimum de 6 ans de présence) et où certaines IDE sont présentes depuis de plus de 15 ans. Ces derniers sont les références du service et des soins, ils sont la mémoire des soignants, connaissant toutes les procédures, ayant déjà été confronté à de nombreuses situations, en particulier les plus rares. Leurs savoirs, tant expérientiel que procédural, sont des atouts majeurs pour maintenir une dynamique d'équipe positive et pour entraîner les plus jeunes à apprécier leur exercice professionnel et à s'y sentir bien. Ces IDE experts se voient valorisés par un rôle de tuteur, de formateur auprès des derniers arrivés.

Ces compétences sont repérées et évaluées par les cadres à tout moment. Tous ont pour habitude d'observer les équipes durant leur temps de travail. Cinq cadres font tous les matins le tour de leur service, afin de saluer les soignants et les patients, de savoir s'il y a eu des difficultés durant leur absence, et profitent de ce temps pour voir comment les agents travaillent. Ils font ainsi une forme d'analyse de pratique, mêlant observation comportementale et observation technique. Ils n'hésitent pas pendant ce temps à faire un retour sur ce qu'ils voient : féliciter un soignant qui a su garder son calme face à un patient opposant ou agressif, à contrario rectifier une technique ou un comportement inadapté.

Les transmissions entre équipes sont aussi un moment fort de l'identification des compétences des soignants : l'interaction entre les soignants, leur expression orale du suivi des patients offrent une mine de renseignements au CDS pour évaluer la qualité de la prise en charge et donc les capacités des soignants à progresser dans cet objectif de qualité. Trois cadres ont souligné l'importance du travail pluridisciplinaire avec le médecin mais aussi les travailleurs sociaux. L'implication des agents dans cette démarche est aussi pour eux une expression de leurs compétences.

Les cadres de proximité ont évoqué, plus précisément, à ce moment de l'entretien leur rôle. La notion de disponibilité du cadre, à travers la phrase « *le bureau est toujours ouvert* » qui a été prononcée par les cadres B, D, E, G et H, montre combien ces derniers sont bienveillants et à l'écoute de leurs agents. Savoir cette disponibilité est pour le soignant une forme de réassurance et de confiance envers son encadrant : Celui-ci est prêt à l'accompagner dans sa dynamique de travail, prêt à la soutenir en cas de difficulté.

Il sera là pour l'aider, l'assister et l'accompagner face à une problématique. Le CDS pose un regard extérieur sur le quotidien du soin, sur la « routine » parfois ressentie dans le travail, et il est une ressource pour l'équipe paramédicale.

Le dernier élément concernant l'identification des compétences des soignants se situe au moment de l'entretien annuel d'évaluation. Ce temps a été évoqué à ma demande, les cadres ne le faisant pas spontanément. Pour eux, cet entretien est un temps formalisé, la plupart l'organise pour en faire un rendez-vous formel, qui permet de faire le point sur la situation de l'agent au sein de l'équipe et de l'unité de soins. C'est alors un moment privilégié pour voir les points positifs et les points à améliorer dans la pratique du soignant. Pour tous les cadres, ce moment est celui de l'évaluation de la progression du soignant dans son action quotidienne. Il ne s'agit pas simplement d'attribuer une note mais de discuter des difficultés et des envies de la personne évaluée. C'est le moment privilégié pour évoquer le devenir professionnel, l'envie de formation complémentaire, le bien-être au travail. Pour les cadres B, D et F, cet entretien est « *la reconnaissance formalisée du travail du soignant* ».

Le cadre B a elle évoqué la notion de reconnaissance des familles et des patients : elle affiche régulièrement les témoignages écrits que les personnes envoient dans le service ou transmettent à l'équipe oralement les remerciements concernant la prise en soin, l'accompagnement du patient et de ces proches etc.... Cette autre forme de reconnaissance du travail soignant est très appréciée du personnel, en particulier lorsqu'elle fait suite à une prise en charge difficile ou qui a été problématique pour l'équipe. Cette cadre a insisté sur l'importance de ce retour des bénéficiaires de soin, au sens large, dans la motivation de son personnel.

5.1.5- Question 6 : la stratégie de fidélisation du cadre

La plupart de ces cadres m'ont indiqué ne pas avoir de stratégie mais agir au quotidien afin de garantir une qualité de vie au travail qui entraîne les soignants à bien faire et à se sentir satisfaits de leurs actions.

En questionnant plus précisément cette notion de qualité de vie au travail, la plupart ont repris des éléments de réponses déjà évoqués au cours de l'entretien. Ils ont alors parlé du type de management qu'ils mettaient en place au sein de leurs unités.

Tous ont mis en avant le management situationnel, à travers la reconnaissance du travail réel des infirmiers. Il s'agit pour eux de dire aux soignants qu'ils constatent leurs efforts quotidiens, qu'ils ont conscience de la complexité à prendre soin et qu'ils savent combien une partie importante de ce travail est invisible pour les autres. Le cadre H a ainsi formulé cet élément: *« je mets en valeur le travail invisible des soignants auprès des autres responsables de secteur et de la hiérarchie »*.

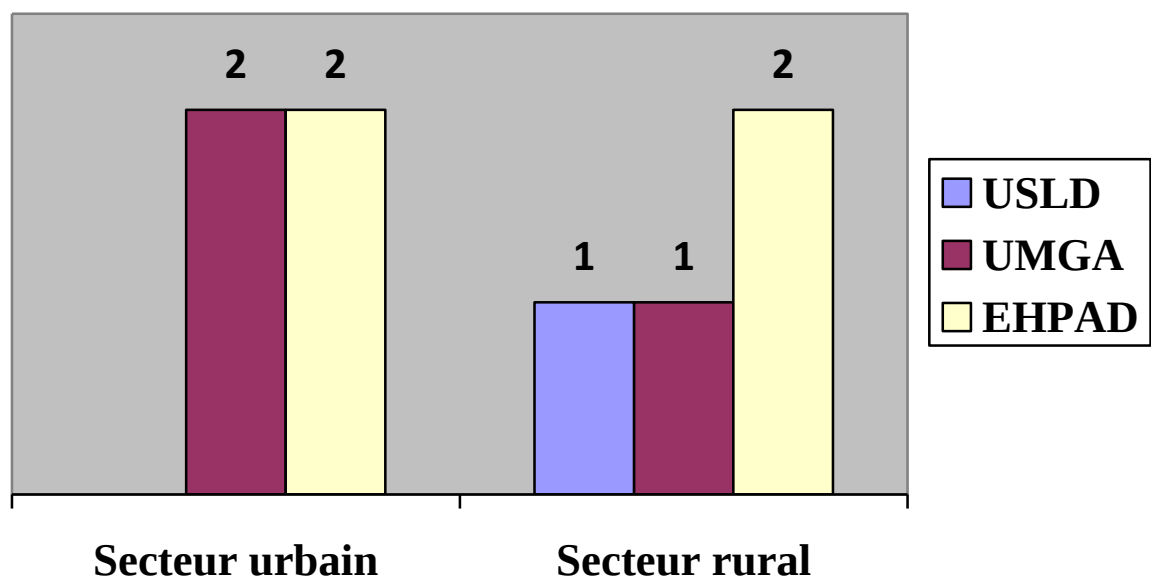
Ces cadres n'hésitent pas à faire savoir lors des réunions d'encadrement, au sein des instances combien leur personnel est sollicité et que leur travail ne se cantonne pas aux soins d'hygiène et de confort, comme cela est encore souvent perçu par les non-initiés à la gériatrie. Ils valorisent ces soignants et font en sorte de faire évoluer le regard des autres soignants, mais aussi des responsables administratifs, sur la personne âgée et sa prise en soin. A ce titre, ces cadres parlent tous de « prise en soin » plutôt que de « prise en charge »: soigner une personne âgée n'est pas un fardeau pour eux.

L'utilisation du management participatif est aussi un élément important de leur rôle de cadre. En effet, les cadres C, D, E et G ont prononcé ce mot « participatif ». Il se traduit pour eux par la mise en place de formations, de groupes de travail dont le thème vient directement des suggestions des soignants. Par la réflexivité sur leur travail et la proposition de projets transversaux, le CDS permet d'élargir la représentation de travail du personnel soignant. Cette participation à la dynamique du service est un moyen de maintenir la motivation pour progresser dans la prise en soin ; c'est aussi un moyen d'offrir un temps de répit et de réflexion à ceux qui se sentent en difficulté face à la problématique du grand âge et de l'accompagnement vers la mort, alors que soigner a encore pour seul sens « guérir » pour la plupart des soignants.

Bien qu'ils aient repoussé l'idée d'avoir une stratégie pour fidéliser les IDE, ces cadres mettent tous en place des moyens et des attitudes spécifiques, afin de garantir la reconnaissance et la qualité de vie au travail de leurs soignants. Ces moyens se recoupent quel que soit le lieu d'exercice, long séjour ou court séjour mais ils n'ont pas la même base de mise en œuvre selon que le milieu est urbain ou rural.

5.2 Analyse comparée secteur rural/secteur urbain

Répartition des cadres par service et par environnement



Les cadres A, F, G et H exercent en milieu urbain dense. Les cadres B, C, D et E en milieu rural. Dans chacun de ces 2 groupes, la moitié des cadres disent avoir des difficultés à stabiliser leur équipe infirmière.

En région citadine, les cadres A et F, qui exercent en secteur de long séjour (EHPAD), sont en difficulté. Selon eux, cela est dû à la charge de travail tant physique qu'émotionnelle que requière l'exercice en lieu de vie. Ces deux cadres ont évoqué la notion de projet transversal à l'exercice quotidien, mais avec la notion qu'ils ressentaient les réticences des infirmiers à s'y impliquer. Ces derniers expriment régulièrement qu'ils ne se sentent pas considérés dans leur exercice professionnel quotidien, et ne sont donc pas motivés pour s'impliquer dans des projets.

Les encadrants pensent qu'en développant l'identité soignante à travers la reconnaissance du travail « invisible » fait par les IDE, ils pourront améliorer la qualité de vie au travail de ces derniers et donc ils parviendront peut être à stabiliser leur personnel par la motivation et l'implication.

A contrario, les cadres G et H qui exercent en secteur d'UMGA n'ont pas de difficultés. Ils mettent en avant la diversité du travail pour expliquer cette stabilité car la prise en charge dans ces unités ne se fait pas sur une durée longue. La reconnaissance des compétences professionnelles des soignants, et donc de leur identité, couplée à une dynamique d'équipe du prendre soin, sont selon eux les moteurs de cette stabilité.

Concernant le secteur rural, la répartition est différente : le cadre C travaille en USLD et le cadre E en UMGA. Pourtant, tous deux ont des difficultés. Ils relient celles-ci au fait que la région offre peu de possibilités de poste hors secteur gériatrique et que donc, les infirmiers sont « contraints » de travailler sur ce secteur. De plus, le contexte environnemental particulier (conjoint militaire muté régulièrement) joue un rôle dans ce turn-over infirmier.

Pour les cadres B et D, la stabilité existe et ils la mettent en lien avec la notion de projets transversaux et d'implication dans le projet de vie et le projet de service. Ces activités « cassent » la routine du travail, et permettent aux soignants de se reconnaître comme des infirmiers compétents et valorisés. Cela renforce donc leur statut identitaire.

Géographiquement, les difficultés de stabilisation des équipes infirmières en gériatrie ne diffèrent pas. Elles se rencontrent aussi bien en secteur citadin qu'en secteur rural, mais la difficulté semble plus évidente en lieu de vie (EHPAD) en milieu urbain, alors qu'elle affecte tous les services en milieu rural. Si je mets cette différence en perspective avec l'offre des lieux d'exercice infirmier dans les deux régions, ils me semblent que la stabilité des équipes n'est pas uniquement en lien avec les compétences développées par les soignants. En effet, on retrouve, dans ces deux secteurs géographiques, une prédominance de la notion de reconnaissance identitaire, même si son expression est différente.

5.3 Synthèse

L'analyse des réponses des cadres m'a montré combien mon cadre conceptuel aurait pu être complété. Bien que la notion de représentation du soin à la personne âgée ait été évoquée, ainsi que celle des compétences acquises et développées, ces notions ne sont pas les leviers principaux que les cadres de santé que j'ai interrogés mettent en avant. Ces éléments sont une partie des moyens qui composent la reconnaissance identitaire du soignant comme un professionnel accompli. De plus, l'attractivité n'a pas été évoquée au cours des entretiens. Pour ces cadres de santé, chaque secteur d'activité a ses avantages et ses inconvénients. Il s'agit plus pour eux de recruter des soignants dont la fibre personnelle s'oriente réellement vers la globalité de prise en soin plutôt que centrée sur la guérison et la pathologie pure.

A travers ce travail, j'ai pu constater que mon hypothèse de recherche, qui met en avant le développement de compétences spécifiques lors de l'exercice en gériatrie comme moyen de fidéliser les IDE, est amendée.

En effet, je constate que ces huit cadres ont tous l'envie de transmettre à leurs équipes l'importance de la qualité des soins que doit recevoir toute personne, mais encore plus une personne âgée. Le terme de « vieux », souvent employé de manière péjorative, retrouve chez ces professionnels sa connotation d'expérience et de mémoire du vivant. Pour eux, « l'ancien » est celui qui sait, qui a vécu et qui a des choses à transmettre. On ne doit donc pas le considérer comme celui qui a perdu, mais comme celui que l'on doit respecter quel que soit son état physique ou cognitif car il a été et est toujours un « *humain singulier* » comme W.HESBEEN le répète inlassablement. L'ancien a la connaissance, et comme le dit le proverbe « *Si jeunesse savait, si vieillesse pouvait* ». Nous sommes donc face à la transmission intergénérationnelle du savoir, qui très présente avant l'ère de l'industrialisation, a perdu de son impact dans notre société où la performance est le maître mot.

Ces cadres partent tous du postulat que le professionnel doit se sentir reconnu dans sa fonction mais aussi dans le collectif du prendre soin. Si le cadre de santé s'appuie sur les compétences pour valoriser le travail du soignant, celles-ci sont avant tout le moyen de forger l'identité professionnelle de celui-ci. Elles permettent au soignant d'appartenir à un groupe qui partage des valeurs, qui travaille en confiance, tant entre soignant qu'avec l'encadrant de proximité et les intervenants pluridisciplinaires.

Ce sentiment d'appartenance me paraît donc être le levier que le cadre de santé peut utiliser pour fidéliser les IDE au sein d'une unité de gériatrie. Le rôle du cadre sera alors d'accompagner cette construction. Il pourra pour cela s'appuyer sur les travaux de Maëla PAUL⁵², docteur en sciences de l'éducation, pour qui accompagner signifie : « *la promotion de l'accompagnement est portée par des discours de responsabilisation de chacun dans la préservation de l'acquis et le développement de ses capacités potentielles* »⁵³. Il s'agit donc de cheminer avec l'autre, de marcher à côté de lui afin de lui permettre de faire, d'apprendre et de se construire. Les compétences acquises entrent dans le champ de cette construction identitaire individuelle et collective. Le rôle du cadre de santé prend toute son ampleur dans cet accompagnement puisqu'il se doit de veiller à l'opérationnalité de son agent en le guidant vers les bonnes pratiques, qualitatives et sécuritaires, tout en encourageant sa construction relationnelle et identitaire au sein du groupe auquel il appartient. La fidélisation passe donc bien par la reconnaissance des compétences, mais comme moyen de reconnaissance de l'infirmier à travers son identité sociale et donc professionnelle.

⁵² PAUL Maëla, «L'accompagnement dans le champ professionnel», Savoirs, 2009/2 n° 20, p. 11-63. DOI : 10.3917/savo.020.0011

⁵³ PAUL Maëla Op.cit. p.34

CONCLUSION

Le déroulé de ce travail m'a permis de comprendre ce qu'est concrètement une démarche de recherche. L'appliquer à un thème issu de mon univers professionnel m'a permis de le construire progressivement, passant d'une démarche obscure à cette production finale.

La réalisation d'un état des lieux, autour du sujet choisi, est une étape essentielle à la découverte de notions et de concepts qui m'ont permis d'approfondir mon questionnement. La difficulté a été de garder uniquement l'essentiel de cet état des lieux, afin de pouvoir l'exploiter au mieux et de construire mon outil d'enquête de manière pertinente.

Ce temps d'entretiens a été, également, un moment fort, notamment par l'accueil qui m'a été réservé lors des entretiens. L'implication des personnes interviewées, leur capacité à pratiquer la réflexivité pour toujours faire mieux, tant pour leurs équipes que pour leurs patients, sont à prendre en exemple pour ma future pratique.

L'analyse des données recueillies m'a aidé à répondre à ma question de recherche et à amender mon hypothèse. En effet, si la notion de reconnaissance des compétences apparaît prégnante, la construction de l'identité soignante lui est prépondérante et participe tant à la réalisation de soi, qu'à la qualité de vie au travail. Créer des conditions de travail favorables, en accompagnant les soignants et en reconnaissant leur appartenance à un collectif du prendre soin de la personne âgée, me paraît, à ce stade de ma réflexion, être un levier à la disposition du cadre de santé. Il lui permettra d'intéresser les soignants au secteur de la gériatrie et donc de s'y épanouir et d'y rester.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

BEAUD, Stéphane ; WEBER, Florence ; *Guide de l'enquête de terrain* ; Paris. Édition la Découverte ; 4^{ème} édition ; 2010 ; pp.235-290

BENNER Patricia ; *De novice à expert Excellence en soins infirmiers* ; MASSON ; 2010 ; 252 p

BARUS-MICHEL J, ENRIQUEZ E, LEVY A. Représentation et imaginaire. *Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références* ; Paris. Editions ERES 2013. 2^{ème} édition, pp.240-259

BARUS-MICHEL J, ENRIQUEZ E, LEVY A. Identité. *Vocabulaire de psychosociologie. Positions et références* Paris. Editions ERES 2013. 2^{ème} édition, pp.177-182

HESBEEN Walter *Cadre de santé de proximité Un métier au cœur du soin. Penser une éthique du quotidien des soins* ELSEVIER MASSON ; 2011 ; 152 p.

MINTZBERG Henry ; *Le manager au quotidien les 10 rôles du cadre* ; EYROLLES Editions d'Organisation ; 2013 9^{ème} tirage ; 283 p

Eliane ROTHIER BAUTZER *Entre cure et care. Les enjeux de la professionnalisation infirmière* ; LAMARRE 2012 ; 238 p

SAINSEAULIEU R, chap. 8 : identités collectives et reconnaissance de soi dans le travail, *L'identité au travail*, Paris : Editions presses de sciences po, 3^{ème} édition, 1996, pp 302-342.

STORDEUR Sabine, D'HOORE William ; *Attractivité, fidélisation et qualité des soins, 3 Défis, une réponse* LAMARRE ; 2010 ; 244 p ; Fonction cadre de santé

LEGISLATION

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002. Art. L-116-1. [En ligne]. [legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), [Page consultée le 20/02/15], <http://www.legifrance.gouv.fr>

Code de la Santé Publique, Livre III : Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière [legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), [Page consultée le 20/02/15], <http://www.legifrance.gouv.fr>

ARTICLES WEB

« PAUL Maela (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique* », *Recherche et formation* [En ligne], 52 | 2006, mis en ligne le 29 novembre 2011, consulté le 15 avril 2015. URL : <http://rechercheformation.revues.org/1242>

Brigitte Hallier-Nader. « *Les territoires de vie des 75 ans et plus à Paris : quel environnement urbain pour une qualité de vie durable ?* » History. Université Paris-Est, 2011; consulté le 22/11/2014 http://insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=4149

ZARIFIAN, P. (2007). *Manager par la compétence, manager les compétences*. Récupéré le 1 octobre 2014 sur <http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/pages62.htm>

ZARIFIAN, P. (2013). *Le devenir des individus dans le travail*. Récupéré le 1 octobre 2014 sur <http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr>

ARTICLES PERIODIQUES

DOSSIER SOINS CADRES *Attractivité et fidélisation des personnels à l'hôpital*. Mai 2010 ; N°74 (pp20-27)

DOSSIER SOINS GERONTO *Etre soignant en gériatrie*. Juin 2008, N°71 (pp19-35)

DOSSIER SOINS CADRES *Donner ou redonner du sens au travail*. Aout 2013 ; N°87 (pp15-43)

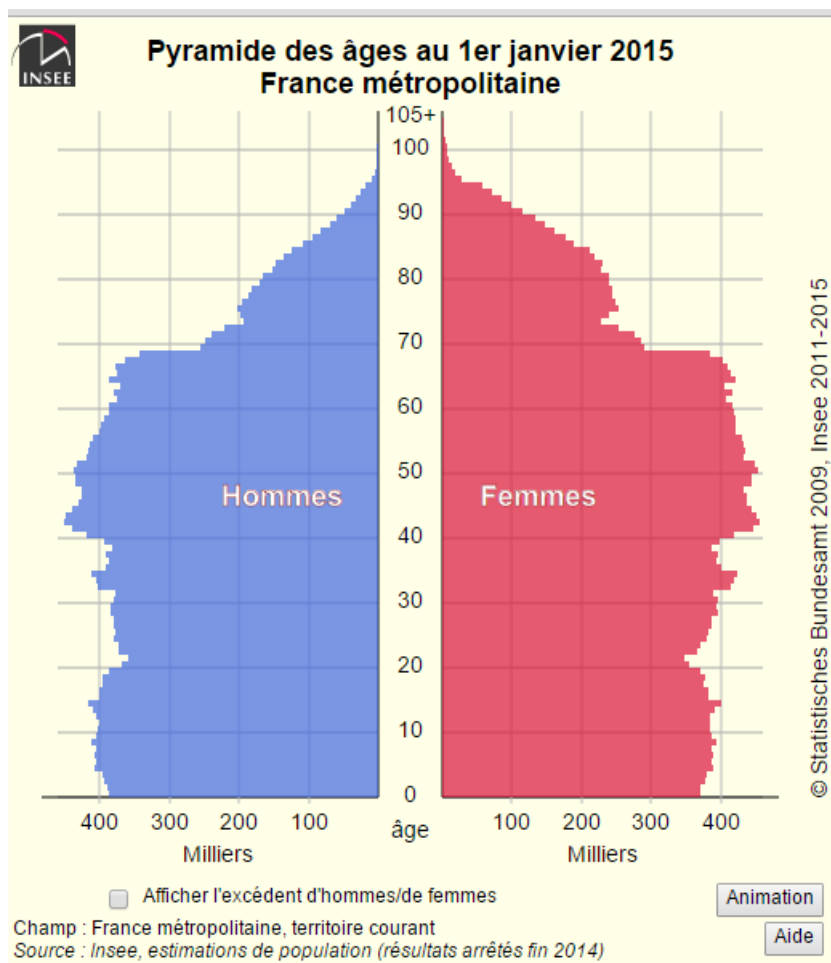
DOSSIER SOINS CADRES *Compétences et identité professionnelle*. Aout 2009 ; N°71 (pp19-41)

SUPPLEMENT REVUE SOINS CADRES *Motivation et implication des professionnels*. 2007 N°62 (pp 9-15)

ANNEXES

ANNEXE 1

Données démographiques INSEE



Evolution de la structure de la population, France

Année	Population au 1er janvier						Répartition par tranche d'âges (en %)					
	dont						dont					
	de 0 à 19 ans	0-14 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 64 ans	65 ans ou plus	75 ans ou plus	de 0 à 19 ans	0-14 ans	de 20 à 59 ans	de 60 à 64 ans	65 ans ou plus	75 ans ou plus
1991	16 162 383	11 808 904	31 017 161	2 959 960	8 140 631	3 824 412	27,7	20,3	53,2	5,1	14,0	6,6
1992	16 032 924	11 846 294	31 257 420	2 970 096	8 310 797	3 725 305	27,4	20,2	53,3	5,1	14,2	6,4
1993	15 892 353	11 841 637	31 497 221	2 987 021	8 475 407	3 645 696	27,0	20,1	53,5	5,1	14,4	6,2
1994	15 743 811	11 809 628	31 721 709	2 967 393	8 637 164	3 588 741	26,7	20,0	53,7	5,0	14,6	6,1
1995	15 650 395	11 756 031	31 865 820	2 960 467	8 803 895	3 581 925	26,4	19,8	53,7	5,0	14,9	6,0
1996	15 626 091	11 676 351	31 973 591	2 907 447	8 980 284	3 751 579	26,3	19,6	53,7	4,9	15,1	6,3
1997	15 625 917	11 601 547	32 060 999	2 867 249	9 137 012	3 907 418	26,2	19,4	53,7	4,8	15,3	6,5
1998	15 599 995	11 532 939	32 187 483	2 817 490	9 294 379	4 046 464	26,0	19,3	53,8	4,7	15,5	6,8
1999	15 594 837	11 521 697	32 314 770	2 792 004	9 421 054	4 177 773	25,9	19,2	53,8	4,6	15,7	6,9
2000	15 626 640	11 558 446	32 541 228	2 768 623	9 571 659	4 304 118	25,8	19,1	53,8	4,6	15,8	7,1
2001	15 651 059	11 613 651	32 850 586	2 732 418	9 707 347	4 441 907	25,7	19,1	53,9	4,5	15,9	7,3
2002	15 679 605	11 645 716	33 190 355	2 667 612	9 847 498	4 581 274	25,5	19,0	54,2	4,3	16,0	7,5
2003	15 709 858	11 669 451	33 474 243	2 666 018	9 973 911	4 713 945	25,4	18,9	54,2	4,3	16,1	7,6
2004	15 783 973	11 680 487	33 683 368	2 701 115	10 082 606	4 838 447	25,4	18,8	54,1	4,3	16,2	7,8
2005	15 848 857	11 696 788	33 901 956	2 745 892	10 233 832	4 995 323	25,3	18,6	54,0	4,4	16,3	8,0
2006	15 887 753	11 715 950	34 136 236	2 827 885	10 334 243	5 159 202	25,1	18,5	54,0	4,5	16,4	8,2
2007	15 924 796	11 778 201	34 173 826	3 119 696	10 382 372	5 301 350	25,0	18,5	53,8	4,9	16,3	8,3
2008	15 948 885	11 827 212	34 134 793	3 397 006	10 481 175	5 438 941	24,9	18,5	53,4	5,3	16,4	8,5
2009	15 977 308	11 917 951	34 076 200	3 643 459	10 607 533	5 549 804	24,8	18,5	53,0	5,7	16,5	8,6
2010	16 010 535	11 998 951	33 997 230	3 873 473	10 731 701	5 659 458	24,8	18,6	52,6	6,0	16,6	8,8
2011	16 038 270	12 060 943	33 920 108	4 106 061	10 868 961	5 757 011	24,7	18,6	52,3	6,3	16,7	8,9
2012	16 047 113	12 123 714	33 891 079	4 121 143	11 181 906	5 844 329	24,6	18,6	52,0	6,3	17,1	9,0
2013 (p)	16 093 597	12 181 456	33 810 953	4 115 547	11 505 323	5 908 598	24,6	18,6	51,5	6,3	17,6	9,0
2014 (p) hors Mayotte	16 171 587	12 215 563	33 711 493	4 078 007	11 839 607	5 976 043	24,6	18,6	51,2	6,2	18,0	9,1
2014 (p) yc Mayotte	16 291 569	12 312 781	33 802 618	4 081 442	11 845 365	5 978 116	24,7	18,6	51,2	6,2	17,9	9,1
2015 (p) yc Mayotte	16 372 546	12 343 985	33 696 797	4 063 558	12 185 093	6 055 866	24,7	18,6	50,8	6,1	18,4	9,1

(p) résultats provisoires arrêtés à fin 2014.

Champ : France hors Mayotte jusqu'en 2014 et France y compris Mayotte à partir de 2014.

Source : Insee, estimations de population.

ANNEXE 2

Questionnaire exploratoire

QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE A L'ATTENTION DES IDE

MEMOIRE Cadre de santé. «Fidéliser les soignants en gériatrie »

Merci de le renvoyer à bereni.cindy@gmail.fr. Entourer ou surligner les réponses qui vous correspondent svp.

1-Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?

2-Votre prise de poste en gériatrie s'est-elle faite suite :

-A votre demande

-Sur proposition de la direction (ressources humaines ou direction des soins infirmiers)

3-Etait-ce votre 1^{er} poste ? OUI NON

4-Dans quel type de service exercez-vous OU avez-vous exercé ?

5-Depuis combien de temps ou combien de temps avez-vous exercé dans ce service ?

POUR LES PERSONNES N'EXERÇANT PLUS EN GERIATRIE	POUR LES PERSONNES EXERÇANT ENCORE EN GERIATRIE
6-Pour quelle(s) raison(s) (sources de difficultés) êtes-vous parti ? Vers quel service ?	6-Pourquoi souhaitez-vous rester dans ce service ?
7-Qu'est ce qui aurait pu vous faire rester sur un pôle gériatrique ?	

ANNEXE 3

**Charte des droits et libertés de la
personne âgée dépendante.**

Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit.

Article I

CHOIX DE VIE

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

Article II

DOMICILE ET ENVIRONNEMENT

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

Article III

UNE VIE SOCIALE MALGRÉ LES HANDICAPS

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

Article IV

PRÉSENCE ET RÔLE DES PROCHES

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

Article V

PATRIMOINE ET REVENUS

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

Article VI

VALORISATION DE L'ACTIVITÉ

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver ses activités.

Article VII

LIBERTÉ DE CONSCIENCE ET PRATIQUE RELIGIEUSE

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Article VIII

PRÉSERVER L'AUTONOMIE ET PRÉVENIR

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

Article IX

DROITS AUX SOINS

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

Article X

QUALIFICATION DES INTERVENANTS

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

Article XI

RESPECT DE LA FIN DE LA VIE

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

Article XII

LA RECHERCHE : UNE PRIORITÉ ET UN DEVOIR

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

Article XIII

EXERCICE DES DROITS ET PROTECTION JURIDIQUE DE LA PERSONNE

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

Article XIV

L'INFORMATION, MEILLEUR MOYEN DE LUTTE CONTRE L'EXCLUSION

L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

ANNEXE 4

**Référentiel de compétences infirmiers :
extraits du port folio des ESI.**

Le métier – le référentiel de compétences – le diplôme

Le métier d'infirmier

La définition du métier :

Evaluer l'état de santé d'une personne et analyser les situations de soins ; concevoir et définir des projets de soins personnalisés ; planifier des soins, les prodiguer et les évaluer ; mettre en œuvre des traitements.

Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé, ils contribuent à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leur parcours de soins en lien avec leur projet de vie. Les infirmiers interviennent dans le cadre d'une équipe pluriprofessionnelle, dans des structures et à domicile, de manière autonome et en collaboration.

♦ **Champ d'intervention :**

Le champ d'exercice des infirmiers est très large. Les infirmiers interviennent principalement dans les secteurs de la santé, mais aussi du social et de l'éducatif, que ce soit dans le secteur public, privé ou en libéral.

♦ **Le référentiel du diplôme est constitué de dix compétences :**

- Cinq compétences « cœur de métier » :

1. Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers
2. Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
3. Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
4. Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
5. Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

- Cinq compétences « transverses », communes à certaines professions paramédicales et qui doivent être validées pour le métier d'infirmier

6. Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
7. Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
8. Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
9. Organiser et coordonner des interventions soignantes
10. Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Page 5 / 5

Pour obtenir le diplôme dans sa totalité, vous devez être évalué et certifié sur ces 10 compétences.

Le référentiel de compétences

1 Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier

1. Evaluer les besoins de santé et les attentes d'une personne ou d'un groupe de personnes en utilisant un raisonnement clinique
2. Rechercher et sélectionner les informations utiles à la prise en charge de la personne dans le respect des droits du patient (dossier, outils de soins,...)
3. Identifier les signes et symptômes liés à la pathologie, à l'état de santé de la personne et à leur évolution
4. Conduire un entretien de recueil de données
5. Repérer les ressources et les potentialités d'une personne ou d'un groupe, notamment dans la prise en charge de sa santé
6. Analyser une situation de santé et de soins et poser des hypothèses interprétatives
7. Elaborer un diagnostic de situation clinique et/ou un diagnostic infirmier à partir des réactions aux problèmes de santé d'une personne, d'un groupe ou d'une collectivité et identifier les interventions infirmières nécessaires
8. Evaluer les risques dans une situation d'urgence, de violence, de maltraitance ou d'aggravation et déterminer les mesures prioritaires

2 Concevoir et conduire un projet de soins infirmier

1. Elaborer un projet de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité
2. Hiérarchiser et planifier les objectifs et les activités de soins en fonction des paramètres du contexte et de l'urgence des situations
3. Mettre en œuvre des soins en appliquant les règles, les procédures et les outils de la qualité de la sécurité (hygiène, asepsie, vigilances...) et de la traçabilité
4. Adapter les soins et les protocoles de soins infirmiers aux personnes, aux situations et aux contextes, anticiper les modifications dans l'organisation des soins et réagir avec efficacité en prenant des mesures adaptées
5. Organiser et répartir les activités avec et dans l'équipe de soins en fonction des compétences des collaborateurs et du contexte quotidien
6. Accompagner et guider la personne dans son parcours de soins
7. Identifier les risques liés aux situations de soin et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées
8. Prévoir et mettre en œuvre les mesures appropriées en situation d'urgence ou de crise en référence aux protocoles existants
9. Argumenter le projet de soins et la démarche clinique lors de réunions professionnelles et interprofessionnelles (transmission, staff professionnel...)
10. Evaluer la mise en œuvre du projet de soins avec la personne et son entourage et identifier les réajustements nécessaires

Page 7 / 7

3 Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens

1. Apprécier la capacité de la personne à réaliser les activités de la vie quotidienne et l'accompagner dans les soins en favorisant sa participation et celle de son entourage
2. Adapter les soins quotidiens aux besoins de la personne, en tenant compte de ses ressources, ses déficiences ou ses handicaps
3. Evaluer, anticiper et prévenir les risques liés à la diminution ou la perte de l'autonomie et à l'altération de la mobilité
4. Adapter et sécuriser l'environnement de la personne
5. Identifier des activités contribuant à mobiliser les ressources de la personne en vue d'améliorer ou de maintenir son état physique et psychique
6. Evaluer l'évolution de la personne dans sa capacité à réaliser ses soins

¹ La notion de soin s'entend ici comme « action ou ensemble d'actions qu'une personne accomplit pour se soigner ». Il s'agit des soins liés aux besoins de la vie quotidienne, en lien avec la notion d'auto-soin : « action ou ensemble d'actions qu'une personne décide et accomplit pour elle-même en vue de maintenir, protéger, restaurer et promouvoir la santé ». (Dictionnaire des soins infirmiers, Masson 2005).

4 Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique

1. Analyser les éléments de la prescription médicale en repérant les interactions et toute anomalie manifeste
2. Préparer et mettre en œuvre les thérapeutiques médicamenteuses et les examens selon les règles de sécurité, d'hygiène, et d'asepsie
3. Organiser l'administration des médicaments selon la prescription médicale, en veillant à l'observance et à la continuité des traitements
4. Mettre en œuvre les protocoles thérapeutiques adaptés à la situation clinique d'une personne
5. Initier et adapter l'administration des antalgiques dans le cadre des protocoles médicaux
6. Conduire une relation d'aide thérapeutique
7. Utiliser, dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire, des techniques à visée thérapeutique et psychothérapeutiques
8. Prévoir, installer et utiliser les appareils et dispositifs médicaux opérationnels nécessaires aux soins et au confort de la personne
9. Anticiper et accompagner les gestes médicaux dans les situations d'aide technique
10. Prescrire des dispositifs médicaux selon les règles de bonne pratique
11. Identifier les risques liés aux thérapeutiques et aux examens et déterminer les mesures préventives et/ou correctives adaptées
12. Synthétiser les informations afin d'en assurer la traçabilité sur les différents outils appropriés (dossier de soins, résumé de soins, compte rendu infirmier, transmissions...)

Page 8 / 8

5 Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

1. Repérer les besoins et les demandes des personnes et des populations en lien avec les problématiques de santé publique
2. Accompagner une personne, ou un groupe de personnes, dans un processus d'apprentissage pour la prise en charge de sa santé et de son traitement
3. Accompagner une personne dans un processus décisionnel concernant sa santé : consentement aux soins, comportement vis-à-vis de la santé...
4. Concevoir et mettre en œuvre des actions de conseil, de promotion de la santé et de prévention répondant aux besoins de populations ciblées
5. Conduire une démarche d'éducation pour la santé et de prévention par des actions pédagogiques individuelles et collectives
6. Concevoir, formaliser et mettre en œuvre une démarche et un projet d'éducation thérapeutique pour une ou plusieurs personnes
7. Choisir et utiliser des techniques et des outils pédagogiques qui facilitent et soutiennent l'acquisition des compétences en éducation et prévention pour les patients

6 Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins

1. Définir, établir et créer les conditions et les modalités de la communication propices à l'intervention soignante, en tenant compte du niveau de la compréhension de la personne
2. Accueillir et écouter une personne en situation de demande de santé ou de soin en prenant en compte son histoire de vie et son contexte
3. Instaurer et maintenir une communication verbale et non verbale avec les personnes en tenant compte des altérations de communication
4. Rechercher et instaurer un climat de confiance avec la personne soignée et son entourage en vue d'une alliance thérapeutique
5. Informer une personne sur les soins en recherchant son consentement
6. Identifier les besoins spécifiques de relation et de communication en situation de détresse, de fin de vie, de deuil, de déni, de refus, conflit et agressivité
7. Conduire une démarche de communication adaptée aux personnes et à leur entourage en fonction des situations identifiées

Page 9 / 9

7 Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle

1. Observer, formaliser et expliciter les éléments de sa pratique professionnelle
2. Confronter sa pratique à celle de ses pairs ou d'autres professionnels
3. Evaluer les soins, les prestations et la mise en œuvre des protocoles de soins infirmiers au regard des valeurs professionnelles, des principes de qualité, de sécurité, d'ergonomie, et de satisfaction de la personne soignée
4. Analyser et adapter sa pratique professionnelle au regard de la réglementation, de la déontologie, de l'éthique, et de l'évolution des sciences et des techniques
5. Evaluer l'application des règles de traçabilité et des règles liées aux circuits d'entrée et de sortie des matériels et dispositifs médicaux (stérilisation, gestion des stocks, circuits des déchets, circulation des personnes...) et identifier toute non-conformité
6. Apprécier la fonctionnalité des dispositifs médicaux utilisés dans les soins et dans l'urgence
7. Identifier les améliorations possibles et les mesures de réajustement de sa pratique

8 Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques

1. Questionner, traiter, analyser des données scientifiques et/ou professionnelles
2. Identifier une problématique professionnelle et formuler un questionnement
3. Identifier les ressources documentaires, les travaux de recherche et utiliser des bases de données actualisées
4. Utiliser les données contenues dans des publications scientifiques et/ou professionnelles
5. Choisir des méthodes et des outils d'investigation adaptés au sujet étudié et les mettre en œuvre
6. Rédiger et présenter des documents professionnels en vue de communication orale ou écrite

Page 10 / 10

9 Organiser et coordonner les interventions soignantes

1. Identifier les acteurs intervenant auprès des personnes (santé, social, médico-social, associatif...)
2. Organiser ses interventions en tenant compte des limites de son champ professionnel et de ses responsabilités, veiller à la continuité des soins en faisant appel à d'autres compétences
3. Choisir les outils de transmission de l'information adaptés aux partenaires et aux situations et en assurer la mise en place et l'efficacité
4. Coordonner les actions et les soins auprès de la personne soignée avec les différents acteurs de la santé, du social et de l'aide à domicile
5. Coopérer au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans un souci d'optimisation de la prise en charge sanitaire et médico-sociale
6. Coordonner le traitement des informations apportées par les différents acteurs afin d'assurer la continuité et la sécurité des soins
7. Instaurer et maintenir des liaisons avec les acteurs, réseaux et structures intervenant auprès des personnes
8. Organiser son travail dans les différents modes d'exercice infirmier, notamment dans le secteur libéral

10 Informer, former des professionnels et des personnes en formation

1. Organiser l'accueil et l'information d'un stagiaire et d'un nouvel arrivant professionnel dans le service, la structure ou le cabinet de soins
2. Organiser et superviser les activités d'apprentissage des étudiants
3. Evaluer les connaissances et les savoir-faire mis en œuvre par les stagiaires en lien avec les objectifs de stage
4. Superviser et évaluer les actions des AS, AP, et AMP en tenant compte de leur niveau de compétence et des contextes d'intervention dans le cadre de la collaboration
5. Transférer son savoir-faire et ses connaissances aux stagiaires et autres professionnels de santé par des conseils, des démonstrations, des explications, et de l'analyse commentée de la pratique
6. Animer des séances d'information et des réflexions sur la santé, la prise en charge des personnes et l'organisation des soins auprès d'acteurs de la santé

ANNEXE 5

Guide d'entretien semi-directifs avec les Cadres de santé

GUIDE D'ENTRETIEN CADRE DE SANTE

Entretien N°

Date :

Lieu (au sens bureau calme, couloir etc....)

Durée de l'entretien

Initiales de l'interviewé

Sexe

Type de service

Poste occupé : Cadre de santé ☐

Faisant fonction CDS ☐

Date de diplôme CDS

Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ?

Est-ce votre seule expérience d'encadrement ?

Si non, où et durée de chaque poste.

1- Comment avez-vous été amené à exercer comme cadre d'unité en secteur gériatrique ?

Etait-ce un choix de votre part ?

Si oui, pourquoi ?

Si non, avis à postériori, modifications de la perception ou pas

Thème : Relance sur dimension du soin en gériatrie, sa perception par le CDS

2-Rencontrez-vous des difficultés pour stabiliser votre équipe IDE ?

Pourquoi ?

Réponses à explorer : Absence de formation, d'autonomie, peu de responsabilité ??

Thème : Fidélisation et ses facteurs, « turn over »

A poser si non évoquer lors de la réponse à la question 2

3-Votre personnel vous exprime-t-il les même raison de maintien ou de départ de poste que celles que vous venez d'exposer ?

Relance dynamique équipe, collectif du prendre soin, Compétences

4-Quels facteurs influencent, selon vous, les infirmiers à choisir ou non d'exercer en gériatrie ?

Thèmes Pas le choix / choix ; représentations PA, du soin à la PA

Relance attractivité du secteur

5-Quelles compétences doit avoir, selon votre expérience, un IDE pour exercer auprès des personnes âgées ?

Relance compétences spécifiques acquises en exerçant, définition de celles ci

6-Comment identifiez-vous ces compétences auprès de votre personnel ?

A quel moment ? [Entretien annuel, au quotidien, transmissions etc....](#)

7-Aujourd'hui quelle « stratégie » avez-vous mise en œuvre pour de fidéliser les infirmiers dans votre service ?

Thème de la reconnaissance, de la valorisation

Dimension du maintien en poste du cadre, de sa propre reconnaissance

ANNEXE 6

Entretien avec le cadre de santé E

Retranscription intégrale.

Date : 12/03/2015

Lieu : Bureau du CDS au sein du service, téléphone non coupé (sonnerie x2 mais le CDS n'a pas répondu, et une interruption par une IDE suite à un appel téléphonique.

Durée de l'entretien : 50 minutes dont 5 minutes d'interruption.

Initiales de l'interviewé : MC (cadre E) Sexe : M

Type de service : unité de médecine gériatrique aigue

Bonjour, je suis Cindy BERENI, étudiante cadre de santé à l'IFCS Montsouris. Je rédige mon mémoire sur le thème de la fidélisation des infirmiers en secteur de gériatrie.

Merci de me recevoir. Mes 1ères questions vont concerner votre fonction de cadre :

CB : Depuis combien de temps êtes-vous CDS. MC : J'ai obtenu mon diplôme en 2007.

CB : Depuis combien de temps occupez-vous ce poste ? MC : 4 ans

CB : Est-ce votre seule expérience d'encadrement ?

MC : Non, j'ai commencé par 6 mois en consultations externes, puis j'ai fait 2 ans ½ en EHPAD et 1 an court séjour de médecine.

CB : Comment êtes-vous arrivé à être cadre en secteur de gériatrie ? Est-ce que c'était un choix de votre part ?

MC : Euh oui, j'avais une expérience. En tant qu'IDE j'ai toujours travaillé en court séjour non gériatrique, urgences. En tant qu'IDE je ne me voyais pas travailler en gériatrie parce que j'avais une Image un peu négative

Quand je suis revenu en tant que cadre, il y avait une place à l'EHPAD, on m'a, là j'y suis allé sans qu'on me laisse le choix. J'y allais un peu à reculons et en fait, j'ai bien aimé l'EHPAD, la gériatrie, euh les personnes âgées. Euh, Voilà, j'ai trouvé ça vraiment sympa.

Après, au bout de 2 ans et demi on m'a demandé de prendre un service de court séjour sans gériatrie, je suis revenu comme ça se passait pas bien dans ce service et que je savais que ma collègue de court séjour gériatrique partait en retraite, euh, j'intervenais sur le court séjour gériatrique quand elle était (silence)

CB : En vacances ?

MC : Oui en vacances, je connaissais bien le service, j'ai postulé là en toute connaissance de cause et très content et (silence) pas déçu et voilà.

CB : Ok, et donc vous êtes toujours là

MC : Voilà tout simplement

CB : Donc le fait d'avoir été cadre en gériatrie, c'est ça qui a modifié votre perception de la personne âgée, et du soin à la personne âgée ?

MC : Oui, oui, tout à fait.

CB Alors, par rapport à la fidélisation des Ide, est ce que vous, vous rencontrez des difficultés à fidéliser les infirmiers sur ce service ?

MC : Alors, la 1^{ère} difficulté qu'on rencontre c'est pas de les fidéliser, c'est de les attirer. Les gens qu'on rencontre en entretien avant, on leur dit médecine gériatrique, on sent que ce qui les gêne c'est gériatrique pour ceux qui veulent travailler en court séjour. Et ceux qui veulent travailler en gériatrie, en long séjour, ce qui les gêne c'est médecine.

Alors, donc c'est un peu compliqué à recruter des gens pour ce service parce que..Sauf en interne parce que le service a plutôt bonne réputation, mais pour les gens extérieurs à l'hôpital, voilà, il y a ça. ET Ceux qui veulent travailler en court séjour le mot gériatrie et ben ils l'assimilent à du long séjour quoi. ET puis ceux qui veulent travailler en long séjour, ils voient le mot médecine ils se disent voilà. Mais c'est vrai que c'est plutôt de la médecine, je, voilà

CB Et après, quand vous arrivez

MC : Quand on arrive à les avoir

CB : Est ce qu'ils restent ?

MC : Euh, y'a pas mal de turn over sur ce service, qui sont liés à un projet professionnel soit euh, alors soit, comme on n'a pas d'école d'infirmières sur cette ville, les infirmières qu'on recrute viennent d'ailleurs, d'autre ville. Ils viennent à XXXX par défaut parce qu'ils n'ont pas eu de poste sur la ville dont ils sont originaires et que parfois, au bout de quelques années les choses se décaissent et ils ont un poste dans la ville où ils habitent, soit YYY ou ZZZ. Ben là on a le cas, 2 IDE qui repartent, qui sont de ZZZ et qui repartent. Pas d'IFSI dans la ville mais 2 dans villes voisines. Les étudiants vivent donc dans ces villes. Le 3^{ème} cas c'est que XXXX a une spécificité, on a une grosse caserne de gendarmerie

MC : Les gendarmes sont souvent mariées avec des infirmières, et comme ils sont garde mobile, ils restent 3,4 ans, et après ils bougent. Mais je dirais que les gens, on a du mal...à fidelis..., ce n'est pas à fidéliser. Les gens qui sont de XXX tout ça, qui n'ont aucune raison personnelle de bouger on va dire, euh, ils ne bougent pas trop du service. Il y a peu de demande de changement de service en intra, euh, les gens se plaisent assez bien dans le service, je pense, c'est vrai qu'on a une équipe médicale qui sont plutôt sympa, on a, voilà. Je ne dirais rien sur le cadre (rires) oui, c'est un service plutôt...y'a pas de super tension, y'en a comme partout mais je pense que les gens se plaisent bien dans ce service-là, quand ils ne sont pas obligés de bouger personnellement ils ne bougent pas trop en interne.

Après il y a toujours quelques personnes qui en général nous le disent dès le départ, c'est des gens qui vont travailler et qui au bout de 4-5 ans ont envie de voir autre chose. C'est des gens qui sont depuis 20 ans dans l'hôpital et qui ont fait 4- 5 services.

Silence

CB : Qu'est ce qui selon vous fait que les IDE restent ou pas, de manière générale, en gériatrie ?

MC : De manière générale ?

MC : Euh, alors on va partir sur...ah non court séjour long séjour

CB : Oui, sur la gériatrie en général

MC : Je pense qu'en fait si elles restent c'est parce que les personnes âgées sont très attachantes, on est confronté en gériatrie à 2 types de problèmes : il y a le problème médical, voilà, on va soigner, et il y a dans 80% des cas le problème familial, social et donc on rentre vraiment dans la vie des gens, par rapport à un service de médecine où il y a des gens plus jeunes. Ça arrive, on rentre un peu dans la vie des gens mais là, dès leur entrée les professionnels demandent à savoir comment ils vivent, avec qui, s'ils ont encore leurs conjoints, où sont leurs enfants. Voilà, c'est une obligation nous dans notre macrocible d'entrée et on ne peut pas prendre en charge quelqu'un en gériatrie médicalement sans prendre en compte le volet psycho-socio-familial quoi. Donc, c'est ça qui fait le travail et qui plaît ou qui déplaît. Quelqu'un qui voudrait purement travailler sur de la technique, effectivement je pense que ça ne va pas l'intéresser. On a quelques infirmières qui ont quitté le service pour aller travailler aux urgences, je pense que c'est des infirmières pour qui l'intérêt de la profession c'est de traiter, sans jugement de ma part, je le comprends tout à fait

CB : Oui, oui

MC : Je pense que les gens qui restent ou qui partent c'est en lien avec ses 2 dimensions là le social et le médical.

CB : C'est vraiment une prise en charge globale de la personne

MC : C'est indispensable, d'ailleurs ça fait partie du projet de service, du projet médical et du projet de soins, on ne parle que de ça

CB : C'est quelque chose qui revient dans tous les entretiens que j'ai fait jusqu'à présent

MC : C'est tellement évident (Silence)

CB : Même si c'est un service de médecine, l'aspect technique est moins présent, pas absent mais moins présent

MC : Oui, c'est exactement ça, je pense qu'il y a des gens, on a tous des caractères différents, je pense que certaines personnes ça les, enfin, c'est, ce n'est pas le côté qui leur plaît quoi. Ils n'ont pas fait infirmier pour régler les problèmes sociaux et tout ça.

CB : En terme de compétence, qu'est-ce qu'une infirmière doit avoir comme compétences pour exercer auprès des personnes âgées ? Des choses très précises ?

MC : Alors il y a des compétences professionnelles et des compétences humaines. Les 2 sont nécessaires. Les Compétences professionnelles, déjà les compétences, liées aux pathologies, de toutes infirmières voilà, et en plus, les compétences spécifiques à personne âgée c'est de bien comprendre que la PA elle est poly pathologique, qu'on ne soigne pas une maladie sans tenir compte des autres. (Silence)

C'est ça la compétence principale en gériatrie, ouais.

Après il y a des compétences plus personnelles on va dire. Il faut être capable, faire preuve de Patience d'Empathie. On est confronté plus souvent en gériatrie qu'avec des gens plus jeunes à la mort, euh, la démence c'ap pas forcément quelque chose de facile à gérer, c'est pour cela qu'il faut bien ...

A mon avis pour travailler en gériatrie, il faut avoir une formation sur les démences. Oui, au niveau pathologie, la démence, les soins palliatifs c'est pas mal aussi. L'éthique, c'est pas mal d'avoir une réflexion sur la personne âgée, jusqu'où on va.

Ce qui est difficile souvent avec les équipes, enfin, il y a forcément une image qui se fait par rapport à un proche que l'on a, un proche qui, un grand parent qui va (silence)

CB : L'effet miroir ?

MC : Oui, exactement, voilà. Je pense que celui qui travaille en pédiatrie doit avoir aussi cet effet miroir avec ces enfants, ça ne doit pas être marrant non lus. Mais voilà, il y a ça aussi. Ça c'est les compétences professionnelles, après les compétences humaines la patience, l'empathie. (Silence)

CB : Au quotidien, comment identifiez-vous ces compétences chez les soignants, comment leur signifiez-vous, à quel moment ? Est-ce qu'il y a un temps spécifique dédié ou est-ce au quotidien ?

MC : Alors, les compétences professionnelles, depuis quelques années on a eu la chance de travailler avec le service de formation. Avant on avait des formations qui ne servaient à rien, et on a pu faire remonter qu'il y avait des formations vraiment spécifiques maintenant. C'est lié au fait qu'il y a des formations par pôle, qui concernent la personne âgée, les démences, les soins palliatifs. Il y aussi la connaissance de la personne âgée pour les personnels non soignants, qui n'interviennent pas directement. Les ASH qui avaient souvent peur de mal faire, de commettre un impair alors qu'elles sont très souvent dans les chambres que ce soit pour distribuer les repas ou le ménage. Elles avaient peur de mal réagir.

En général, les agents sont demandeurs. Ils se rendent compte que les collègues qui y sont allés avant reviennent avec des trucs et sont plus à l'aise. Qui leur disent, c'est vachement bien. Je pense notamment à la formation ASG pour laquelle il y a un retour formidable.

C'est au point que c'est une formation sur 28 jours et ils sont en train de voir pour mettre en place un «condensé» pour que plus de personnes puissent y accéder. Il y a une vraie demande de formations qui vient des soignants.

Y'a pas de moment précis, cela se fait au quotidien, en passant dans le couloir, en discutant d'un patient et de sa situation lors des transmissions etc....

Sur les compétences humaines, j'ai toujours tendance à dire que pour être IDE ou AS ce n'est pas compliqué intellectuellement, techniquement. Après, être soignant ne s'apprend pas ; si on montre à un âne comment faire une prise de sang ou un pansement tous les jours, au bout d'une semaine il saura le faire, il y a des gens qui sont fait pour ce métier. Je me souviens d'une stagiaire à l'EHPAD qui est venu me voir en me disant « ils me font peur ». Quand je lui ai demandé qui lui faisait peur, je pensais à l'équipe, et elle m'a répondu « non, les patients me font peur ». C'est plus ça la difficulté. Il faut des qualités intrinsèques spécifiques, ce qu'on disait la patience, l'empathie, être capable de faire face à la souffrance à la mort, à la démence aussi. Voilà

CB : Avoir vraiment le souci de l'autre, c'est la base

MC : Oui, c'est tellement la base, c'est même toute la profession d'infirmière

CB : En terme de stratégie, est ce que vous, vous avez une stratégie pour essayer de garder les IDE ? Est-ce que vous pouvez leur proposer des choses

Thème de la reconnaissance, de la valorisation. Dimension du maintien en poste du cadre, de sa propre reconnaissance

MC : Je n'ai pas cette vision des choses. Ma façon de faire n'est pas différente ici par rapport aux autres services où j'ai été.

MC : Je travaille surtout sur la confiance, si l'agent se sent bien, ça peut être un facteur pour rester. Je travaille à la confiance avec les agents, j'essaye d'établir un lien de confiance pour que, oui voilà, qu'ils se sentent bien dans le service. Pour avoir été infirmier, je sais que le cadre ne fait pas tout, c'est des composantes. J'ai travaillé 2-3 fois dans des services où je ne m'entendais pas avec le cadre, ça n'était pas une raison pour vouloir partir sauf si en plus le travail n'était pas terrible. Si on se sent à peu près bien avec son cadre, ça peut être un facteur pour rester, mais il ne faut pas pour ça faire tout et n'importe quoi. (Silence)

MC : Après ce n'est pas pour ça qu'il faut faire tout et n'importe quoi « euh.. » De toute façon nous on est limité, dans la fonction publique on est limité parce que on ne peut pas intéresser les gens financièrement, les trucs comme ça. Dans la fonction publique même l'avancement, les choses comme ça, on est très limité. Quand on veut mettre un demi-point à quelqu'un, c'est la croix et la bannière. Donc, c'est vrai que on n'a pas grand-chose à faire, à part que les gens se sentent bien dans le service, dans le travail qu'ils font, voilà. Après, moi quand quelqu'un veut partir qui a un projet pour faire autre chose, j'estime que je dois l'accompagner plutôt pour lui faciliter la tâche pour qu'il fasse ce qu'il a envie.

Si un agent part avec un bon souvenir du service, si un jour il parle du service avec quelqu'un d'autre, il va en parler plutôt en bien et du coup, cette personne viendra peut-être travailler ici. Car empêcher quelqu'un, ça peut envoyer qu'un message négatif à ces collègues en place qui sont en place. Et si on veut partir, c'est que l'on n'est pas bien dans son travail. Je n'ai pas de technique spécifiquement pour éviter les départs.

CB : Et pour les attirer ?

MC : Dès leur 1^{ère} visite, j'essaie de leur présenter le service comme le service de médecine qu'il est, même s'il est spécifique aux personnes âgées. J'explique les 2 mots : médecine et gériatrique. La technique est assez présente comparé à un service de gériatrie de type USLD, mais ça n'est pas du court séjour adulte classique non plus. Je demande à la personne de bien savoir si c'est le côté médecine qui l'intéresse ou l'approche sociale car même si cette approche existe dans l'unité, nous restons un service d'aigu où les patients restent relativement peu de temps (me montre la DMS de 12 jours)

CB : C'est un discours de confiance, vous ne cachez pas la réalité du travail, les choses sont clairement posées.

MC : Oui, il faut être clair avec ce que c'est que d'exercer en médecine gériatrique. Après, c'est dans le management tous les jours, c'est le donnant/donnant : un soignant qui accepte de revenir si sa collègue est en arrêt maladie sait qu'il pourra compter sur un retour de ma part. J'essaie de répondre aux demandes des soignants en particulier au niveau du planning. Ils savent tous que si je n'accepte pas une demande c'est que cela n'est vraiment pas possible mais que la prochaine fois, ils seront prioritaires. Bien entendu, cela se fait à tour de rôle car les demandes concernent souvent les mêmes jours (rires). Cela crée une dynamique d'équipe : un soignant qui se sent bien dans son travail est un soignant efficace et qui n'a pas de raison de partir.

En plus, ne pas imposer une décision à l'équipe sans l'expliquer, même si une décision m'est imposée, que ce soit par la direction, l'ARS et autres. Mon rôle, c'est surtout d'avoir bien compris pourquoi on nous applique ça. Après, je dis aux équipes : ce truc-là, je suis d'accord, ou je ne suis pas d'accord avec, comme vous, mais je travaille là, je suis obligé de l'appliquer. Je le dis mais j'explique que c'est une obligation et que je dois aussi m'y plier. On réfléchit alors à la meilleure manière de faire pour impliquer tout le monde. On ne va pas être con, on va essayer de le faire le mieux possible, en dialoguant avec les équipes.

CB : La confiance, et le dialogue comme mode de management.

MC : Oui, (rires), c'est tout à fait ça.

CB : Et bien, je n'ai plus de question, merci de votre accueil et de m'avoir consacré de votre temps.

MC : Bon courage à vous, bonne continuation.



Diplôme de Cadre de Santé

DCS@14-15

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

La gériatrie, lieu d'exercice multidimensionnel :
Quels leviers pour le cadre de santé afin de fidéliser les infirmiers ?

Cindy BERENI

MOTS CLÉS

Gériatrie, représentations sociales, compétences, identité soignante, reconnaissance, fidélisation.

KEY WORDS

Geriatrics; social representations; skills; professional identity; recognition; retention.

RÉSUMÉ

Les infirmiers, exerçant sur des secteurs à dominante gériatrique, quittent fréquemment ces services pour d'autres plus attractifs selon eux. Je me suis donc interrogée sur le pourquoi de cette désaffection des soignants pour ce secteur. Le rôle du cadre de santé me semble prépondérant: les représentations sociales, le soin à la personne âgée doivent être explorés pour mieux comprendre la dynamique actuellement en place et les désaffections du personnel soignant. Il convient aussi de s'intéresser aux compétences développées et à leur rôle dans la construction identitaire du soignant en gériatrie.

J'ai cherché, à travers un travail d'entretiens auprès de cadres de santé exerçant en pôle gériatrique, à vérifier si la reconnaissance de ces compétences et leurs développement peuvent être des éléments de fidélisation et peuvent être un levier pour le Cadre De Santé (CDS) afin de garantir la qualité et la sécurité des soins aux patients.

ABSTRACT

Nurses who initially work in mainly geriatrics sectors, want to go to major hospitals, which are more attractive according to them. So i asked myself about the reason for this loss of nursing professionals in this sector. The role of the healthcare manager seems paramount to me: motivation, social representations of care to the elderly person must be explored to better understand the dynamics currently in place and disaffection of nursing professionals. My research and reflections are focused towards the social representations and the approach of care for elderly people for nurses, the concept of skills and the identity construction of nurses and recognition at work.

Then, i interviewed with health managers working in geriatrics units. The purpose is to understand whether the recognition of these skills and their development can be retention elements and can be leveraged by the health manager to ensure quality and safety of patient care.