

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

Diplôme de Cadre de Santé



FIDELISER ! POURQUOI ET COMMENT ?

Caroline COUTAREL

DCS@16-17

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'ESM – Formation & Recherche en Soins.

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Mme Christine Vroelant, pour m'avoir guidée, accompagnée et permis de cheminer à mon rythme tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je tiens également à remercier les formateurs de l'Ecole Supérieur de Montsouris pour leur soutien et leur bienveillance et tous les professionnels qui m'ont pu répondre à mon questionnaire.

J'ai une grande pensée pour mes collègues d'étude, les deux Sandra, Sophie et Patricia, pour leurs conseils avisés, leur soutien et leur présence. Ensemble, nous avons su trouver force, cohésion et partage et pour ça, Merci les filles.

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	1
INTRODUCTION	1
DU CONSTAT A LA PROBLEMATIQUE	2
CADRE CONTEXTUEL	4
1 L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE	4
1.1 Facteurs démographique, organisationnel, économique et politique.	4
1.2 Facteur organisationnel, dysfonctionnement d'équipe.....	6
1.3 Facteur individuel.....	7
1.3.1 Génération « Y ».....	7
2 LA REANIMATION	8
2.1 Le personnel.....	8
2.2 Leurs missions	9
2.3 La réanimation néonatale	10
2.4 La réanimation pédiatrique.....	10
2.5 Les contraintes des services de réanimation	11
3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	12
3.1 L'absentéisme	12
4 LE TURNOVER.....	13
4.1 Définition.....	13
4.2 Les impacts de l'infidélité.....	14
4.3 Les motifs du turnover	15
5 LES RISQUES PSYCHO SOCIAUX.....	15
CADRE CONCEPTUEL.....	18
6 LA FIDELISATION.....	18
6.1 Définition.....	18
6.2 Les enjeux.....	18
6.2.1 ...pour l'institution	18
6.2.2 ...pour les malades.....	19
6.2.3 ...pour les agents	19
7 LA COMPETENCE	20
7.1 La formation initiale	21
7.2 La période d'intégration.....	22
7.3 Le développement professionnel continu	23
8 NOTION D'APPARTENANCE.....	24
8.1 Identité individuelle	24
8.2 Identité collective avec la théorie des systèmes.....	26

8.3	Les valeurs d'une équipe.....	26
9	LA MOTIVATION	28
10	L'IMPLICATION	30
10.1	Les déterminants de l'implication au travail.....	30
10.2	Les effets de l'implication au travail	31
11	LE PROJET DE SERVICE.....	31
12	LE BIEN ETRE AU TRAVAIL	32
13	ROLE ET MISSIONS DU CADRE DE SANTE.....	34
	ENQUETE ET ANALYSE.....	37
14	L'ENQUETE	37
14.1	Méthodologie de l'enquête	37
14.2	Le choix de l'échantillonnage	38
14.3	Distribution et restitution des questionnaires.....	39
14.4	Le choix de l'outil	39
14.5	La méthode d'analyse	40
14.5.1	<i>La population ciblée</i>	40
14.5.2	<i>Les graphiques</i>	40
14.5.3	<i>Le découpage du questionnaire</i>	41
14.6	Les limites de l'enquête	41
15	ANALYSE ET CONFRONTATION	42
15.1	Profil des personnes interrogées	42
15.2	Votre intégration.....	45
15.3	L'intégration des nouveaux professionnels	47
15.4	Les projets de service.....	50
15.5	Le bien-être au travail à travers de la vie du service	52
15.6	Les progressions et les valeurs professionnelles ?.....	54
15.7	Intérêt, planning et motivation.....	56
	CONCLUSION DE L'ANALYSE	58
	L'APPORT DU TRAVAIL	58
	LIMITE DU TRAVAIL	59
	CONCLUSION	60
	BIBLIOGRAPHIE	61
	ANNEXE I : Chapitres du Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation	1
	ANNEXE II : ARTICLES R.6123-39 A R.6123-53 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	1
	ANNEXE III : Enquête exploratoire	1
	ANNEXE IV : Enquête sur la fidélisation	1

LISTE DES ABREVIATIONS

AFNOR : Association Française de NORmalisation

ARHIF : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France

ARIQ : Attraction, Rétention, Implication des Infirmières et Qualité des Soins

CEREQ : Centre d'études et de Recherches sur les Qualifications

DHOS : Direction Hospitalière de l'Offre de Soins

DPC : Développement Professionnel Continu

DU : Diplôme universitaire

GEPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

GFRUP : Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GRH : Gestion de Ressources Humaines

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

PHRIP : Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale

SICS : Service Infirmier de Compensation et de Suppléance

SMARNU : Syndicat des Médecins Anesthésistes et de Réanimation Non Universitaire

SRLF : Société de Réanimation de Langue Française

INTRODUCTION

La forte hausse du taux d'absentéisme en interne a induit une démotivation des équipes en poste, épuisées par une surcharge de travail pour suppléer en permanence aux absences de leurs collègues. Elle génère également une baisse de la productivité, une désorganisation interne, une détérioration du climat social et une dégradation de la qualité des soins. Autant de facteurs qui ternissent à la longue l'image des établissements auprès de leurs différents publics.

Les choix et les orientations politiques hospitaliers sont renforcés dans le critère économique imposant aux personnels de direction et d'encadrement des établissements de santé, une maîtrise budgétaire rigoureuse. La politique de Santé nous amène depuis 2012, à travers la loi de modernisation de notre système de santé à la mise en place des groupements hospitaliers de territoire. Cette mesure repose sur le développement de stratégies médicales et soignantes sur un territoire tout en intégrant la Loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de 2009 obligeant les hôpitaux à adapter leurs offres de soins aux besoins de la population soignée.

De la création des GHT à celles des pôles, par l'évolution des modes de prise en charges et des techniques médicales, en y ajoutant la réduction du temps de travail et la pénurie d'infirmière, les hôpitaux et les acteurs sont obligés de penser à leur réorganisation et à gérer au plus juste les effectifs, tout en garantissant le niveau le plus élevé en qualité de prise en charge des patients.

Ces évolutions demandent aux soignants de savoir s'adapter à ces nouvelles organisations. La création des pôles puis des GHT, ainsi que la loi sur la mobilité des fonctionnaires parue dans le journal officiel et adoptée par le parlement le 23 juillet 2009, permettent la mutualisation des ressources humaines et font appel à la polyvalence. Elles facilitent la mobilité pour permettre aux agents, évolution et valorisation de leur expérience professionnelle mais augmentent ainsi le turnover au sein des services.

Outre l'épanouissement professionnel que cette mobilité peut apporter à certains, elle engendre pour d'autres des problèmes récurrents due à l'absentéisme qu'elle engendre et ceci d'autant plus quand le service est spécialisé. De ce fait beaucoup d'unités de soins doivent s'organiser avec un turnover important désorganisant les fonctionnements internes. Le personnel expérimenté part, laissant place à de jeunes professionnels inexpérimentés. Les recrutements n'allant pas toujours de pair, on voit apparaître une charge de travail intensifiée pour le personnel en place et une qualité et sécurité des soins souvent mal aboutit.

La mutualisation des ressources humaines non seulement ne suffit pas mais peut ne pas convenir par manque de compétences spécifiques du service demandeur. Consciente qu'une des missions principales d'un cadre de santé est de permettre le développement des compétences des soignants, j'ai cependant choisi d'essayer de comprendre en quoi la cadre de santé pouvait intervenir pour fidéliser son équipe et lui permettre de travailler de manière satisfaisante et efficiente.

DU CONSTAT A LA PROBLEMATIQUE

J'exerce la profession d'infirmière depuis vingt-deux ans. J'ai passé ces dix dernières années dans un service de médecine néonatale. Lorsque je suis arrivée dans ce service j'ai eu la chance d'avoir un encadrement personnalisé et d'être secondée par une infirmière expérimentée, présente dans le service depuis plus de cinq ans. J'ai appris à accueillir de très petits enfants nés prématurément ou de plus grands nés à terme avec souvent un pronostic vital engagé. C'est un service riche. Riche de part la technicité qu'il demande, de part les connaissances qu'il nécessite ou de part les compétences qu'il requiert. Mais c'est aussi pour les mêmes raisons un service lourd et difficile. Cette nécessité de compétences est primordiale tant dans les différentes prises en soins des enfants que dans les relations avec leurs familles nécessitant réassurance, écoute et éducation thérapeutique. Ce service de part sa spécificité et son unité de réanimation néonatale demande technicité, polyvalence, gestion de situations critiques et des questions éthiques. Il nécessite un encadrement spécifique pour tout nouveau personnel. Mais le service rencontre un turnover important tel, que les professionnels qui arrivent peuvent se trouver encadrer par de jeunes infirmières ayant à peine deux ans d'expériences dans cette profession.

Après une spécialisation en tant que puéricultrice, j'ai exercé deux ans comme faisant fonction cadre de santé dans cette même unité de soins.

En tant que responsable du service, je me retrouve toujours face au départ d'infirmières, qu'elles soient dernièrement arrivées ou au contraire dans le service depuis plus de 5 ans. En parallèle, par des contraintes administratives et financières, la charge de travail s'est déployée en intensité comme en spécificité. On observe dès lors un absentéisme croissant, une surcharge de travail pour le personnel présent, une pénurie d'infirmières expérimentées et qualifiées, l'arrivée de professionnelles sortant de l'école et un turnover remplacé par des infirmières du service infirmier de compensation et de suppléance ou des vacataires. Ces trois derniers professionnels nécessitant un encadrement rajoute encore à la charge de travail existante. L'ensemble de ces paramètres ont contribué à une recrudescence d'événements indésirables affectant la qualité et la sécurité des soins.

Qu'est ce qui mène les soignants à quitter leur service ? Et au contraire qu'est ce qui les amène à rester ? L'une des principales missions d'un cadre de santé est de favoriser les conditions pour que l'équipe soignante s'épanouisse professionnellement. Cet épanouissement professionnel contribue largement à la qualité des soins et à la prise en charge du patient et de son entourage.

L'équipe paramédicale se compose de 112 agents et nous sommes deux cadres pour gérer l'organisation de celle-ci. Après une évolution de l'absentéisme, l'épuisement professionnel d'une infirmière et un ressenti de notre part d'insatisfaction au travail de l'équipe, nous avons mené ma collègue cadre et moi-même, une enquête pour tenter d'en comprendre les raisons. Nous souhaitons évaluer leur bien-être au sein du service afin d'analyser la situation, la comprendre et réfléchir avec l'équipe à d'éventuelles solutions. Nous souhaitons prévenir les risques psychosociaux, partant de l'hypothèse qu'ils étaient à l'origine du turnover.

Notre principale hypothèse étant que le turnover était en grande partie généré par un bien-être absent au travail. Les questions portaient sur leur motivation et leur intérêt au travail, sur les relations qu'elles soient entre collègues, avec l'encadrement de proximité ou le corps médical, sur leur satisfaction entre vie professionnel et vie privé, le matériel et la charge de travail. Nous

désirions aussi connaître leur avis sur leurs émotions et si elles pouvaient influencer sur leur comportement, mais aussi si leurs souhaits de projets ou de formations avaient pu être mis en place, et enfin si elles possédaient des propositions d'améliorations organisationnelles pour le service.

Ces départs me posent toujours questions. Les raisons personnelles sont elles vraiment les seules en cause ? Quelles sont les autres raisons de turnover? Quelles sont les répercussions d'un turnover important pour le personnel restant et pour les malades? N'y a-t'il pas un moyen de retenir ces infirmières pour éviter ce turnover ? D'autres services de réanimation sont-ils impactés de la sorte ?

Comment faire pour agir sur le turnover et fidéliser l'équipe à son service, voir à l'institution ? Est-ce que d'autres hôpitaux y sont parvenus ? De quelles façons s'y sont t'ils pris ? Le management est-il au cœur du problème ? Et dans ce cas, quels sont les leviers d'actions ?

J'ai choisit de traiter le sujet de la fidélisation d'une équipe par le biais du turnover, mais la problématique a été très difficile à trouver. Les causes, les répercussions, les leviers d'actions tous sont pour moi des sujets importants que je souhaiterai traiter. L'objectif étant de maintenir une qualité des soins, de répondre à un contexte économique mouvant tout en permettant un épanouissement des professionnels. Ma question de départ est la suivante :

« Comment malgré les contraintes d'un service de réanimation néonatale ou pédiatrique, un cadre de santé peut interférer sur la fidélisation d'une équipe ?

...afin d'éviter les effets négatifs du turnover ? »

Afin de mieux cerner le sens des différents termes employés dans la question de départ et d'en saisir toute l'importance, je définirai dans un premier temps un cadre théorique. En premier lieu, j'explique le cadre contextuel actuel dans lequel ma situation se passe, le contexte économique, institutionnel, le service de réanimation et son organisation, la gestion des ressources humaines, le turnover et les risques psychosociaux. Puis, j'aborde le cadre conceptuel intervenant dans la fidélisation d'une équipe. Je poursuis par une enquête sur le terrain, afin de repérer le positionnement que peut tenir le cadre de santé au regard de ce turnover en analysant le ressenti de l'équipe infirmière. J'analyse les résultats de la recherche après avoir présenté la méthodologie employée. Enfin, je conclue ce travail en évoquant les perspectives personnelles et professionnelles au regard de cette thématique.

HYPOTHESE : Le management a-t-il une influence sur la fidélisation des équipes ?

L'enquête que je souhaite réaliser devra m'apporter des éléments sur les leviers qui ont fait rester les plus anciens et ceux qui ont fait partir les plus jeunes.

CADRE CONTEXTUEL

1 L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE

Par des réformes successives, le système de santé s'est régulièrement transformé pour atteindre une performance d'efficience. L'objectif étant d'associer qualité et sécurité des soins garantis pour tous, en y associant la maîtrise des dépenses à travers une volonté politique reposant sur un découplage, une collaboration médicale et paramédicale.

« Toutes les problématiques, en relation avec la gestion des ressources humaines invoquées sont traversées par les questions d'attractivité et de fidélisation des professionnels de la santé. »¹

Dès 2008, avec le Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels de l'agence régionale hospitalière d'Ile de France, les problématiques liées à la gestion des emplois et des compétences créées par un contexte sanitaire, sociétal et économique sont exposées.

1.1 Facteurs démographique, organisationnel, économique et politique.

Elles s'inscrivent dans le contexte général de l'évolution des besoins de santé des populations en lien avec :

- **l'évolution démographique** : La population générale est vieillissante avec d'une part des personnes plus âgées et en meilleure santé impactant l'offre et la demande de soins d'accompagnement et d'autre part un essor des maladies neuro-dégénérative et une prévalence des maladies chroniques avec une consommation médicale croissante. Cette évolution se répercute aussi sur les professionnels de santé avec de nombreux départs à la retraite ces dernières années, avec un impact différencié selon les régions, les établissements, les métiers et les spécialités².

- **La démographie des professionnels de santé** : Elle est très difficile à contrôler. La Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) s'appuie sur le répertoire ADELI. Mais les professionnels ne se désinscrivent pas du répertoire lors de leur cessation d'activité temporaire ou définitive et les changements de situation ne sont pas forcément signalés. La Direction Générale de l'Offre de Soins dénombrerait 595 600 infirmiers confondus pour 2015³. Si

¹ ATTRACTIVITE ET FIDELISATION DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX DANS LES STRUCTURES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES- DRASS-ARHIF- Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels Juin 2008 - p4

² Master Management des Organisations Soignantes-Cours politique de santé-Mr Letourneau-2017

³ Infirmier.com

ce chiffre est en constante augmentation, il tend à s'accroître beaucoup moins vite sur ces dernières années et les effectifs restent inégalement répartis sur le territoire.

Actuellement apparaît un fait nouveau avec l'apparition de chômage chez les infirmières. Après une enquête menée début 2015 sur plus de 2500 infirmières par l'intermédiaire d'infirmiers.com, 12 % des infirmiers n'ont pas d'emploi et 25 % sont en contrat à durée déterminée.

- **l'évolution de l'organisation de l'offre de soins** : Elle entraîne une disparité territoriale, organisationnelle et sociale d'accès aux soins. Le paysage hospitalier se reconfigure au niveau des territoires, accentué par les groupements hospitaliers de territoires, l'apparition de pôles hyper spécialisés et une offre de prestations concurrentielle. Il devient alors nécessaire de reconsidérer le périmètre d'intervention de chaque métier existant, l'émergence de nouveaux métiers, tout en considérant l'implication des usagers de plus en plus prégnante dans le système de santé. Ils sont intégrés comme « patient-acteur » souhaitant être mieux informés et associés aux décisions les concernant, « patient usager » qui s'impliquent de façon croissante dans le fonctionnement des établissements et comme « patients-consommateurs » exprimant des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes.

- **l'évolution économique** : On constate une raréfaction des ressources financières et une assurance maladie structurellement déficitaire ainsi qu'une tension accrue entre la demande de soins et les allocations de ressources. Le programme de médicalisation du système d'information, la tarification à l'activité et les nouvelles technologies ont permis de réduire les durées de séjours ou la fermeture de lits d'hospitalisation mais en aucun cas d'un retour à l'équilibre financier. La création des GHT intervient aussi dans l'évolution économique mais sera abordé dans le point qui suit avec l'évolution politique.

- **l'évolution politique** : L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 impose aux établissements publics de santé de regrouper les services en pôles d'activités cliniques et médico-techniques. La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, Hôpital Patient Santé Territoire, (loi HPST), notamment son article 13, renforce cette réforme en imposant et en ne reconnaissant que l'organisation en pôles. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé (article 195) raffermi ce dispositif. Chaque pôle reflète la stratégie médicale et médico-technique adoptée, en orientation avec le projet d'établissement et le projet médical. Il s'appuie sur des objectifs d'activité et de qualité, fondés sur un projet partagé entre les équipes et décliné dans le cadre d'un contrat conclu avec la direction. On considère alors qu'un pôle est un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires. L'organisation en pôles amène de nombreux avantages⁴ :

- L'amélioration de la prise en charge des patients grâce à une approche globale et au renforcement des compétences ;
- L'optimisation de l'allocation et de l'utilisation des moyens ;
- La simplification et une meilleure lisibilité de l'organisation de l'établissement ;
- La transversalité et des synergies favorisées entre services et activités ;

⁴<http://www.weka.fr/sante/dossier-pratique/gerer-le-personnel-medical-et-hospitalier-dt45/l-organisation-interne-des-etablissements-publics-de-sante-l-organisation-en-poles-d-activite-4620/>

- La déconcentration des décisions et de la gestion au plus près du fonctionnement quotidien.
- La définition des structures internes, leurs missions, leurs responsabilités

La création de ces pôles peut répondre à plusieurs logiques :

- une logique de pathologie ou de filière de prise en charge (ex. : pôles mère-enfant, gériatrie, etc.) ;
- une logique d'organes (ex. : pôles thorax, tête-cou, etc.) ;
- une logique « généraliste » (ex. : pôles psychiatrie, urgences, etc.) ;
- une logique de prestations (ex. : pôles pharmacie, biologie, etc.).

Puis pour répondre aux volontés de faire en sorte que les établissements publics de santé d'un même territoire, définissent une stratégie de prise en charge partagée autour d'un projet médical commun et, gèrent ensemble certaines fonctions transversales (systèmes d'informations, fonction achat, plans de formation...), il est prévu suite à un projet de loi de l'assemblée nationale du 15 octobre 2014, la création des groupements hospitaliers de territoires (GHT).

Ce dispositif prévu par la loi de santé 2016, est un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire qui permet la coopération autour d'un projet médical partagé, permettant aux établissements de santé de soigner mieux et à moindre coût. Le principe étant d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins. Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population⁵.

Les GHT sont créés pour relever les grands enjeux auxquels la politique de santé est confrontée, celui du vieillissement, des maladies chroniques mais aussi pour faire face aux contraintes financières majeures. Les GHT ont pour le moment encore très peu d'impact sur les équipes actuelles en place, qui fonctionnent encore avec une logique de pôles.

1.2 Facteur organisationnel, dysfonctionnement d'équipe

Les problématiques, notamment en service de réanimation, liées à la gestion des emplois et des compétences possèdent un contexte professionnel caractérisé par :

- « Des prises en charges cliniques de plus en plus lourdes nécessitant :
 - une diversification des modes de prise en charge,
 - une accélération de la production de nouvelles connaissances et leur impact sur les technologies et les pratiques,
 - une généralisation de l'accréditation, le principe d'autoévaluation et les démarches pour l'amélioration des pratiques (démarches qualité, responsabilisation individuelle et

⁵ <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

- collective, évaluation des pratiques professionnelles ...) et leur corollaire de niveau d'exigence,*
- *une accélération du phénomène de turnover, du nomadisme (engagement moindre des personnels) et donc de nouveaux comportements au travail à gérer,*
 - *un coût de la formation et la nécessité de « rentabiliser » l'investissement en moyens financiers et humains (temps d'encadrement, d'intégration, d'acquisition des compétences...),*
 - *un marché du travail ouvert avec, notamment, des différences entre les secteurs privés et publics particulièrement pour les professionnels des métiers médico-techniques et de rééducation,*
 - *une augmentation de la violence,*
 - *de nouveaux professionnels sur le marché avec une vision du travail d'équipe, différente.*

● *La pénurie, plus particulièrement d'infirmières ... /... en partie attribuable à des milieux de travail inadéquats et de qualité insatisfaisante. De plus, il existe des disparités importantes géographiques et territoriales, entre types de structures, disciplines médicochirurgicales, secteurs d'exercice. »⁶*

1.3 Facteur individuel

1.3.1 Génération « Y »

En France, l'expression « Génération Y » désigne les personnes nées entre 1980 et 1995 et vient après la génération X qui représente les personnes nées entre 1961 et 1979. Il existe différentes explications au « y ». Celui-ci viendrait du « Y » tracé par le fil de leur baladeur sur leur buste, ou en anglais, la lettre Y se prononce « why » (« pourquoi ») et c'est la question favorite des individus de la génération Y. Il faut prendre en compte aussi que ces personnes ont grandi avec l'ère de l'information, Internet, l'ordinateur et le jeu vidéo, d'où le terme souvent utilisé par les américains pour les désigner, les « digital natives » (« natifs numériques »).

On retrouve plusieurs caractéristiques propres à leur génération :

- **Etre connecté** : Cette génération utilise très facilement les outils technologiques. Les réseaux sociaux font partis de leur quotidien. Ils les utilisent volontiers car ils ont compris qu'à plusieurs on est plus fort. Les individus de la génération Y sont plus centrés sur eux-mêmes.
- **L'équilibre vie privée / vie professionnelle** : c'est une des grandes différences sur le plan de l'organisation du travail avec la génération précédente, la génération Y ne vit plus seulement que pour le travail. Elle aspire en permanence à un équilibre entre le privé et le professionnel, pour se réaliser pleinement.

⁶ ATTRACTIVITE ET FIDELISATION DES PROFESSIONNELS PARAMEDICAUX DANS LES STRUCUTRES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES- DRASS-ARHIF- Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels Juin 2008 - p4

- **L'impatience** : L'instantanéité du monde numérique a rendu la génération Y impatiente. Cela la conduit à souvent vouloir tout et tout de suite. Il est d'autant plus doté d'une grande fougue ce qui rajoute à cette impatience.

- **Un rapport différent à l'autorité** : L'autorité n'est pas acquise par la hiérarchie ou liée à un statut mais doit à présent se gagner. L'autorité doit se démontrer par la compétence et par le comportement ou alors être naturellement liée au charisme. C'est une autorité d'évidence et de compétence.⁷

Le management du cadre de santé doit prendre en considération cette génération afin de comprendre comment la manager mais aussi pour la faire accepter aux générations « X » d'autant plus qu'arrive sur le marché la génération d'après 1996. L'intergénérationnel a toujours provoqué quelques conflits mais peu amenés aussi de la coopération.⁸ Le turnover amène divers enjeux que le cadre devra prendre en considération.

2 LA REANIMATION

2.1 Le personnel

Les services de réanimation sont des secteurs de haute technicité avec des domaines d'activités très étendus nécessitant beaucoup de personnel avec des quotas imposés par la loi. (Art. D. 712-109 du code de la santé publique) « *Sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation comprend au minimum :*

- *deux infirmiers pour cinq patients,*
- *un aide-soignant pour quatre patients.*

L'équipe paramédicale d'une unité de réanimation pédiatrique comprend, en outre, au moins une puéricultrice ».

Il n'y a pas de formation spécifique à ce milieu hautement médicalisé. Le seul texte officiel concernant la formation d'un infirmier en réanimation, et allant dans le sens de la nécessité d'une formation spécifique et systématique malgré l'apport théorique et pratique reçu durant la formation initiale, est une circulaire de la Direction Hospitalière de l'Offre de Soins, datant de 2003. Elle préconise que « *... compte tenu de la spécificité de la prise en charge des patients admis en réanimation, les infirmières affectées dans ces unités doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi. L'effectif des unités de réanimation doit être suffisant pour tenir compte de ces périodes de formation... pour le personnel nouvellement affecté.* »

« Les professionnels de santé travaillant dans les unités de réanimation doivent mobiliser des connaissances et acquérir des comportements adaptés aux situations. Cela implique une formation complémentaire, leur permettant de prendre en charge les patients et leurs proches dans ce contexte particulièrement difficile. Pour exercer dans une unité de réanimation, les médecins doivent avoir reçu une formation spécifique validée par l'obtention du DESC de réanimation et/ou du DES d'anesthésie-réanimation. Ce n'est pas le cas des infirmières pour

⁷ <http://www.3hcoaching.com/generation-y/comment-avoir-de-lautorite-avec-la-generation-y/>

⁸ Le tutorat au service du management intergénérationnel M. Estry-Behar, C. Fry, B.. Van Der Heijden, Soins Cadres, Vol 16 n° sup-63, P. 13-16 - octobre 2007

lesquelles aucune formation complémentaire n'est prévue en dehors d'une période d'adaptation à l'emploi laissée à l'appréciation des établissements ⁹»

Aujourd'hui il existe des sociétés savantes spécialisées de réanimation existent. Elles sont quatre à forte connotation médicale.

- SRLF : Société de Réanimation de Langue Française,
- CREUF : Collège de Réanimation et médecine d'Urgence des hôpitaux Extra-Universitaire de France,
- GFRUP : Groupe Francophone de Réanimation et Urgences Pédiatriques,
- SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation.

Les conseils d'administration de ces sociétés ont décidé de s'engager sur la formation et les métiers d'infirmiers en réanimation se traduisant en 2011, par la l'établissement d'un référentiel des compétences et d'un livret d'adaptation pour l'infirmier(e) arrivant en réanimation et la rédaction d'un manifeste commun aux quatres sociétés savantes concernant la formation des infirmiers en réanimation.

Le référentiel est « *centré sur les spécificités de la réanimation et recommande une harmonisation des personnels et de leur formation entre réanimation et unité de surveillance continue* »¹⁰. Ce référentiel est décliné sous 12 chapitres (**en ANNEXE I**) correspondant à des situations cliniques spécifiques et uniques à la réanimation. Il est complété par 2 chapitres, le premier, sur des compétences spécifiques pour exercer en réanimation pédiatrique et le deuxième pour les pansements et drainages complexes. Ce référentiel peut être utilisé conjointement avec le livret d'adaptation à l'emploi e l'infirmièr(e) arrivant en réanimation.

Les infirmières font partie de l'équipe de réanimation qui est une grosse structure. Elle est composée de différents groupes : les médecins, les cadres, les infirmiers, les aides-soignants, les secrétaires, l'équipe logistique et les intervenants transversaux.

L'équipe médicale et paramédicale est présente 24 heures / 24 et 7 jours / 7. Elle est composée d'un chef de service, de praticiens hospitaliers, pédiatres, réanimateurs, internes et externes pour les CHU.

L'équipe paramédicale est composée d'une cadre supérieure de santé, de cadres de soins, d'infirmièr(e)s et puéricultrice(eur)s, d'aides-soignantes et auxiliaires de puériculture, de psychologue, de kinésithérapeute, de psychomotriciens, de diététiciens et d'assistante sociale. Enfin, des secrétaires médicales assurant l'ensemble des missions de secrétariat.

2.2 Leurs missions

La mission fondamentale de la réanimation, pédiatrique ou néonatale, est identique à celle des adultes, (même si l'enfant n'est pas un adulte miniature mais a des besoins spécifiques à prendre en charge). Il s'agit en priorité de la prise en charge de patients dont le pronostic vital est engagé en raison de défaillances viscérales aiguës, potentiellement réversibles et dont les causes sont souvent multiples. L'application des techniques nécessaires à la prise en charge de ces malades (ventilation mécanique, surveillance et exploration cardiovasculaires, suppléance circulatoire, épuration extra-rénale) doit être réalisée au sein d'une unité spécialement dédiée, conçue,

⁹SRLF « Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation »

¹⁰ https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/20110419-Referentiel_IDE_final.pdf

organisée et structurée spécifiquement sur les plans architectural, matériel et humain¹¹. Les conditions d'implantation et les conditions techniques sont regroupées dans le code de la santé publique.

La définition réglementaire de la réanimation est fixée par l'article R. 6123-33 du code de la santé publique : « *les soins de réanimation sont destinés à des patients qui présentes ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aigües mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance.* »

2.3 La réanimation néonatale

Le décret n°98-899 du 9 octobre 1998¹² classe les maternités par niveau de prise en charge. Ainsi les centres de périnatalités de type III sont spécialisés dans l'obstétrique de haut risque et dans la prise en charge de nouveau-nés pouvant nécessiter des soins de réanimation néonatale. Ils doivent posséder une unité dédiée aux grossesses pathologiques, une unité de surveillance intensive de grossesses, un service de néonatalogie comprenant des lits de soins intensifs ainsi qu'un service de réanimation néonatale.

Les conditions d'implantation de l'obstétrique, de la néonatalogie et de la réanimation néonatale sont fixées par les articles R.6123-39 à R.6123-53 du Code de la santé publique (**ANNEXE II**). Les conditions techniques de fonctionnement de l'obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale sont précisées par les articles D.6124-35 à D.6124-63 du Code de la Santé Publique.

La réanimation néonatale s'intéresse à la médecine du nouveau-né, né à terme ou prématurément, jusqu'à l'âge de 1 mois. La plus large population prise en charge par cette unité est représentée par les enfants prématurés. La prématurité comprend plusieurs degrés selon l'âge gestationnel (avant la 37ème semaine, avant la 32ème, ...) et le poids du nouveau-né.

La spécialité de la réanimation néonatale assure en plus d'une prise en charge par des soins techniques, d'hygiène et de confort personnalisés et adaptés, l'accompagnement des parents dans la prévention des risques liés à une séparation précoce et prolongée de l'enfant et de sa famille. Il accompagne les parents en leur donnant les moyens de s'autonomiser dans la prise en charge de leur enfant, en prenant en compte les aspects culturels et religieux.¹³

2.4 La réanimation pédiatrique

Sont accueillis en réanimation pédiatrique, les nourrissons, les enfants et les adolescents de la naissance à 18 ans qui présentent une défaillance d'organe (détresse respiratoire, coma, états infectieux graves, arrêt cardio-respiratoire, hypotension artérielle sévère...) nécessitant la mise en place immédiate d'un traitement ou d'une technique de suppléance (ventilation assistée,

¹¹ Référentiel « Structures et Organisation des Unités de Réanimation »

¹² Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1^{er} du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

¹³ <http://robertdebre.aphp.fr/equipes-cliniques/pole-gynecologie-perinatalite/reanimation-neonatale-neonatalogie/>

traitements pour soutenir le cœur et la tension artérielle, traitements pour filtrer le sang en cas d'insuffisance rénale...). Les nouveau-nés à terme présentant une pathologie congénitale devant être opérée dans les premiers jours de vie sont aussi hospitalisés en réanimation pédiatrique pour encadrer l'intervention chirurgicale par un traitement médical optimal.

De la même façon, sont accueillis en surveillance continue tous les patients à risque de survenue d'une telle défaillance au début de leur maladie ou au cours de leur traitement (méningite grave, période immédiatement postopératoire de greffe rénale, crise d'asthme sévère, acidocétose diabétique, crise drépanocytaire aiguë...) et qui nécessitent une surveillance très rapprochée pour tenter d'éviter une aggravation de leur état ou être prêt à réagir au plus tôt.¹⁴

2.5 Les contraintes des services de réanimation

La réanimation est source potentielle de stress, de tension et d'erreurs. Les situations critiques étant imprévisibles, une gestion rapide, efficace et coordonnée est nécessaire. Son organisation est influencée par de nombreuses variables et sera dépendante des prises en charges, propres à chaque professionnel.

L'Interprofessionnalité y est courante donnant régulièrement des différences de priorités, de visions, d'organisations, de cultures et de valeurs différentes.

Les problèmes de communication, d'absence ou de mauvais traitement en équipe sont en cause dans plus de 70 % des cas de morbidité-mortalité périnatale et maternelle.¹⁵

On y rajoute aussi des prises en charge de malades de plus en plus « lourds » cliniquement, l'alternance de travail jour/nuit et la fatigue due à un travail contraignant physiquement et psychologiquement avec souvent des pronostics vitaux engagés ou très précaires.

Les conditions de travail sont généralement liées aux motifs d'insatisfaction au travail et ont une part entière dans les contraintes des services de réanimation.

Les plus fréquemment évoqués sont ¹⁶ :

- la surcharge de travail, le sentiment de ne pas offrir des soins de qualité aux patients,
- l'épuisement professionnel physique et psychologique,
- le manque de reconnaissance,
- l'absence de soutien de la part de la direction et de l'encadrement,
- le manque de contrôle sur le travail, des horaires difficilement compatibles avec une vie privée et de façon plus récente
- le niveau de rémunération.

Les tensions engendrées par ces contraintes se traduisent par de l'absentéisme, une mobilité importante à l'intérieur d'un hôpital ou entre structures et secteurs d'activité qui pourrait être qualifiée de nomadisme professionnel dans certains cas.

¹⁴<http://robertdebre.aphp.fr/equipes-cliniques/pole-gynecologie-perinatalite/reanimation-neonatale-neonatalogie/>

¹⁵ Réanimation néonatale haute école spécialisée de suisse occidentale Savoldelli, L., (2010), Peut-on se préparer à une situation de crise en obstétrique?, Communication 28, MAPAR, Paris

¹⁶ Attractivité et fidélisation des personnels paramédicaux dans les structures sanitaires et sociales -ARHIF

3 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion de ressources humaines (GRH) est l'ensemble des activités qui permettent à une organisation de disposer des ressources humaines correspondant à ses besoins en quantité et en qualité. Elle s'établit en inventoriant l'existant et en analysant les besoins en compétence afin de prévoir les formations adéquates. C'est un processus d'accompagnement de parcours professionnel nécessitant un management de proximité, d'écoute et d'attention. A grande échelle, au sein d'un établissement, elle se programme à court terme pour consolider l'existant, à moyen terme pour accompagner et faciliter les changements et à long terme pour préparer l'avenir. Depuis 2008, il existe un référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels.

Pour un bon fonctionnement, toute entreprise nécessite de nombreuses ressources. Elles sont organisationnelles, financières, informationnelles, relationnelles et elles permettent surtout un bon maintien d'un personnel dynamique et qualifié. C'est pourquoi la gestion des ressources humaines a toute son importance. Elle a différents objectifs. Certains sont en rapport direct avec :

La législation : Pour veiller au respect des lois et au règlement touchant les domaines des compétences des employés (embauche, rémunération, sécurité au travail, droit à la personne, etc...)

Le financier : En maintenant un rapport favorable entre l'apport du personnel et son coût.

La valeur ajoutée : Pour l'entreprise mais aussi pour le personnel en favorisant le développement personnel des travailleurs tout en œuvrant pour l'atteinte des objectifs organisationnels.

L'attractivité : Pour attirer de l'extérieur, des candidats qualifiés et intra muros, pour accroître la motivation du personnel en assurant un équilibre adéquat entre les aspirations du personnel et les réponses apportées par l'entreprise.

3.1 L'absentéisme

Il est important d'aborder le thème de l'absentéisme. Plusieurs études stipulent son coût et son augmentation. L'évaluation de 2011, par le cabinet Mozard Consulting, chiffre le coût à 3 500 euros par salarié et par an. Une autre étude montre que les absences pour raison de santé ont augmenté en 2010 de 8 % dans les établissements de santé.¹⁷

Nous rencontrons deux grands types d'absentéisme : le prévu et l'imprévu. C'est en général ce dernier qui est souvent à l'origine d'une désorganisation et reste de surcroît un problème récurrent.

¹⁷ Jean luc STANISLAS « les risques psychosociaux : le rôle du cadre » - *Objectif SOINS & MANAGEMENT*, du 01 novembre 2012, n° 210

L'absentéisme prévu ou prévisionnelle concernent tous les congés de droit planifiés tels que les repos hebdomadaires, les temps partiels, les journées de récupération du temps de travail... Tous ces congés sont prévus à l'avance, validés avec le cadre du service. Ils font partis d'une gestion prévisionnelle des absences. Ils sont organisés de façon à mettre en adéquation l'organisation des ressources humaines et la nécessité d'un fonctionnement interne optimum du service.

L'absentéisme non prévu peut être d'ordre personnel ou professionnel.

D'un point de vue personnel, plusieurs situations peuvent engendrer l'absence du professionnel sur son lieu de travail. Il s'agit des contraintes familiales avec les soucis de garde d'enfants, les congés enfant malade, les congés maladies comme les épidémies de grippe qui engendrent de nombreux arrêts maladies ou encore les absences dites de confort, qui ne se sont pas justifiées par des motifs valables.

Alors que d'un point de vue professionnel, ces absences concerneront les accidents de travail, de trajet et les maladies professionnelles englobant l'épuisement professionnel dû à des situations de travail stressantes et se répercutant sur son état psychologique.

Ces absences non prévues désorganisent les planifications de travail.

4 LE TURNOVER

4.1 Définition

Selon le dictionnaire du Droit de travail¹⁸, « le turnover est le départ et l'entrée du personnel, le roulement des effectifs d'une entreprise. C'est un indicateur important de la santé sociale de l'entreprise. Un faible turnover traduira une situation sociale saine alors que le contraire traduira un malaise social à résoudre, un travail éprouvant ou un management de mauvaise qualité.»

Le turnover ou rotation du personnel prend en compte toutes les formes de fins de contrat.¹⁹ Il en existe deux types :

- Le turnover interne correspondant à l'employé qui va occuper un nouveau poste au sein d'une même entreprise,
- Le turnover externe lorsque l'employé quitte son entreprise.

Le turnover peut se calculer. Il s'exprime en pourcentage et se mesure par la différence entre le nombre d'entrées et de sorties au cours d'une année et de l'effectif total moyen.

Par exemple :

Une société regroupe 100 salariés au 1^{er} janvier. Lors de cette même année, 15 personnes sont embauchées et 5 quittent la société. Le turnover sera $((15+5)/2) / 100 = 10\%$;

Pour donner du sens à ce taux de rotation, on doit le comparer à un service d'un même établissement ou similaire, ainsi qu'à une population analogue en tenant compte de la profession, de l'âge et de l'ancienneté. Au final, le turnover devient significatif lorsqu'il s'inscrit sur une ligne ascendante. Il peut être un indicateur de dysfonctionnement.

¹⁸ <http://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail.aspx> consulté le 20 février 2017

¹⁹ <https://prezi.com/evrsjrykhum/limpact-du-turnover-sur-les-entreprises/>

Le turnover désorganise les soins, majorée par le mouvement de personnes porteuses d'une expertise, il a un impact sur la continuité et la qualité des soins.

4.2 Les impacts de l'infidélité

Le turnover excessif peut avoir des répercussions négatives.

Le départ d'une soignante d'expérience est une **perte de savoir, de compétence et d'expérience**. L'équipe en place est **en sous effectifs** temporaires ou durables entraînant une **surcharge de travail** qui ira au-delà de la période d'intégration des nouveaux venus pouvant entraîner une **détérioration du climat** et un risque de **démotivation** des autres salariés.

C'est Caroline Duret, consultante au cabinet Stimulus, spécialisé dans le stress professionnel qui le stipule à travers ses propos : *«Le départ d'un collaborateur implique une surcharge de travail pour les personnes qui restent. Cela entraîne davantage de stress et une baisse de motivation des équipes en place»*,

Le turnover a aussi un fort coût financier lié aux remplacements, à la formation et à l'intégration des nouveaux collaborateurs. Il faut prendre en compte :

- le départ de l'employé comportant les fins de contrat,
- le recrutement absorbant les coûts dus à la période de recherche et d'embauche d'un nouvel employé,
- L'intégration comprenant l'accueil et les formations du nouvel arrivant,
- La surcharge de travail en cas de poste vacant,
- Le délai d'intégration et formation d'une nouvelle recrue,
- La perte de savoir,
- La discontinuité des projets en cours.

Le turnover non contrôlé peut aussi par rapport à l'hôpital ternir son image et rendre difficile le recrutement tant par rapport aux futurs personnels, qu'aux futurs usagers qui privilégieront un service avec une meilleure notoriété.

Mais le turnover peut aussi avoir des impacts positifs.

«Le turnover est un phénomène naturel, qu'il ne faut pas chercher à éradiquer à tout prix», commente Philippe Bazin, consultant du cabinet en ressources humaines Krauthammer.

Chaque personnel soignant doit être considéré comme une valeur unique. La gestion des ressources humaines a aussi pour mission de recruter des éléments de qualité, mettant en évidence l'apparition de nouvelles compétences. Le fait de pouvoir accueillir de nouveaux professionnels permet de dynamiser et de stimuler l'équipe en apportant de nouvelles idées. Assurer un flux de nouveau entrant, constituant un sang neuf, contribue à la créativité et permet la remise en question et les façons de faire avec de nouvelles technologies ou prises en charge. Même si le personnel accueilli a peu d'expérience, il apporte la motivation du nouveau venu qui peut avoir un « effet de contagion » sur les autres employés et peut revitaliser le service.

4.3 Les motifs du turnover

Cette mobilité est confirmée par l'étude PRESST NEXT²⁰ publiée en 2004 qui ressort que « 30 % des soignants en réanimation ont moins de 5 ans d'ancienneté. »

Yvon BRUNELLE²¹, chercheur et analyste pour le système de Santé du Québec et des pays développés, explique les différentes causes qui sont en jeu lors d'un turnover élevé. Elles peuvent être liées à l'activité, aux aspects relationnels et à l'organisation :

- ✓ Lorsque **l'activité** liée à la fonction est devenue inintéressante, ennuyeuse, répétitive, elle ne satisfait plus l'employé. On peut aussi mettre en avant le manque de perspectives d'évolution et des conditions de travail jugées mauvaises. Le personnel est alors présent physiquement mais ne s'investit plus dans les projets du service.
- ✓ Les **aspects relationnels** regroupent dans ce contexte tous les manques : les manques d'ambiance, le manque de management, le manque de reconnaissance, le manque de communication. Ces différents aspects ne peuvent pas être sous-estimés sur les lieux du travail. L'ensemble des contacts tant verticaux, qu'horizontaux ont des impacts sur la motivation du personnel. Un équipe motivée et en osmose restera unie et aura un rôle non négligeable pour rester fidèle à un service de soins.
- ✓ L'**organisation** peut impacter aussi les différents départs des salariés. Celle-ci peut améliorer le bien-être et le confort du salarié, dans la prise en compte de la gestion des ressources humaines qu'il s'agisse des horaires, des roulements jour/nuit, de la prise en compte de la charge de travail ou des formations. Des salariés non encadrés, avec un manque d'informations de leurs postes et de processus par rapport à leurs tâches peuvent aussi être une cause du taux de rotation du personnel.

Ces différents aspects soulignent l'intérêt à porter aux risques psychosociaux. Sans réellement savoir s'ils sont à l'origine de ces départs ou au contraire le résultat de ceux-ci, ils s'avèrent nécessaire d'en prendre connaissance.

5 LES RISQUES PSYCHO SOCIAUX

«Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face²²». Si le stress au travail n'est pas un phénomène nouveau, le terme

²⁰ Madeleine ESTREYN-BEHAR, « Santé et satisfaction au travail en France et en Europe » Résultats de l'enquête Presst Next

²¹ Y.BRUNELLE, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », Pratiques et Organisations des Soins 2009/1(Vol 40), p.39-48.

²² Rapport sur le bien être et efficacité au travail 2010. H LACHMANN. C LAROSE. M. PENICAUD

de risques psychosociaux (stress, incivilités, harcèlement) n'est passé que progressivement dans le vocabulaire courant.

Ses manifestations, ses conséquences, et sa visibilité se sont parallèlement accrues. Deux chiffres parmi d'autres mettent en évidence cet état de fait : au niveau européen, près d'un tiers des travailleurs estime que sa santé est affectée par le stress ressenti sur le lieu de travail²³. En France, les consultations pour risque psychosocial sont devenues en 2007 la première cause de consultation pour pathologie professionnelle²⁴.

Jean luc STANISLAS²⁵, cadre paramédical, auteur, conférencier, consultant en leadership & en management mentionne qu'il existe différentes définitions des RPS sociologiques ou scientifique. Il retient celle de l'Anact²⁶ : « *Les RPS sont le résultat de tensions excessives ou de tension non régulées par l'organisation du travail et le système de relations sociales que l'on peut caractériser en quatre grandes familles.* » Il explique en s'appuyant sur une étude internationale l'importance du facteur humain tant individuel que collectif permettant un engagement au travail. L'étude stipule les conditions favorables à cet engagement : « *des **besoins d'agir** au sein d'une structure fluide, **trouver du sens** au travail, s'appuyer sur des sources durables de **motivation**, évoluer dans un **esprit d'équipe** constructif, entretenir une **relation managériale adaptative***²⁷ ».

Il mentionne ensuite l'amplitude des RPS en indiquant leurs présences à de multiples niveaux en indiquant que ces risques peuvent être liés aussi bien :

- aux conditions techniques de travail (utilisation de machines, de produits ou des process de travail...)
- au facteur humain individuel (donc subjectif) et collectif (dans l'interactivité des individus),
- à l'organisation du travail,
- aux contraintes de performances où paradoxalement, les failles du système peuvent engendrer une pression sur des objectifs prescrits inatteignables faute de ressource adéquate (*situation malheureusement classique et habituelle pour le cadre de santé*²⁸).

Suite à la stratégie nationale dévoilée fin 2016 par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé pour « soigner ceux qui nous soignent », l'inspection générale des affaires sociales a rédigé dans son rapport consacré à la détection et à la prévention des risques psychosociaux pour les

²³ Source : fondation de Dublin

²⁴ Source : AFSSET, réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles

²⁵ STANISLAS Jean-Luc, « Risques psychosociaux : le rôle du cadre », Objectif SOINS & MANAGEMENT, n°210, novembre 2012, pages 20 à 29

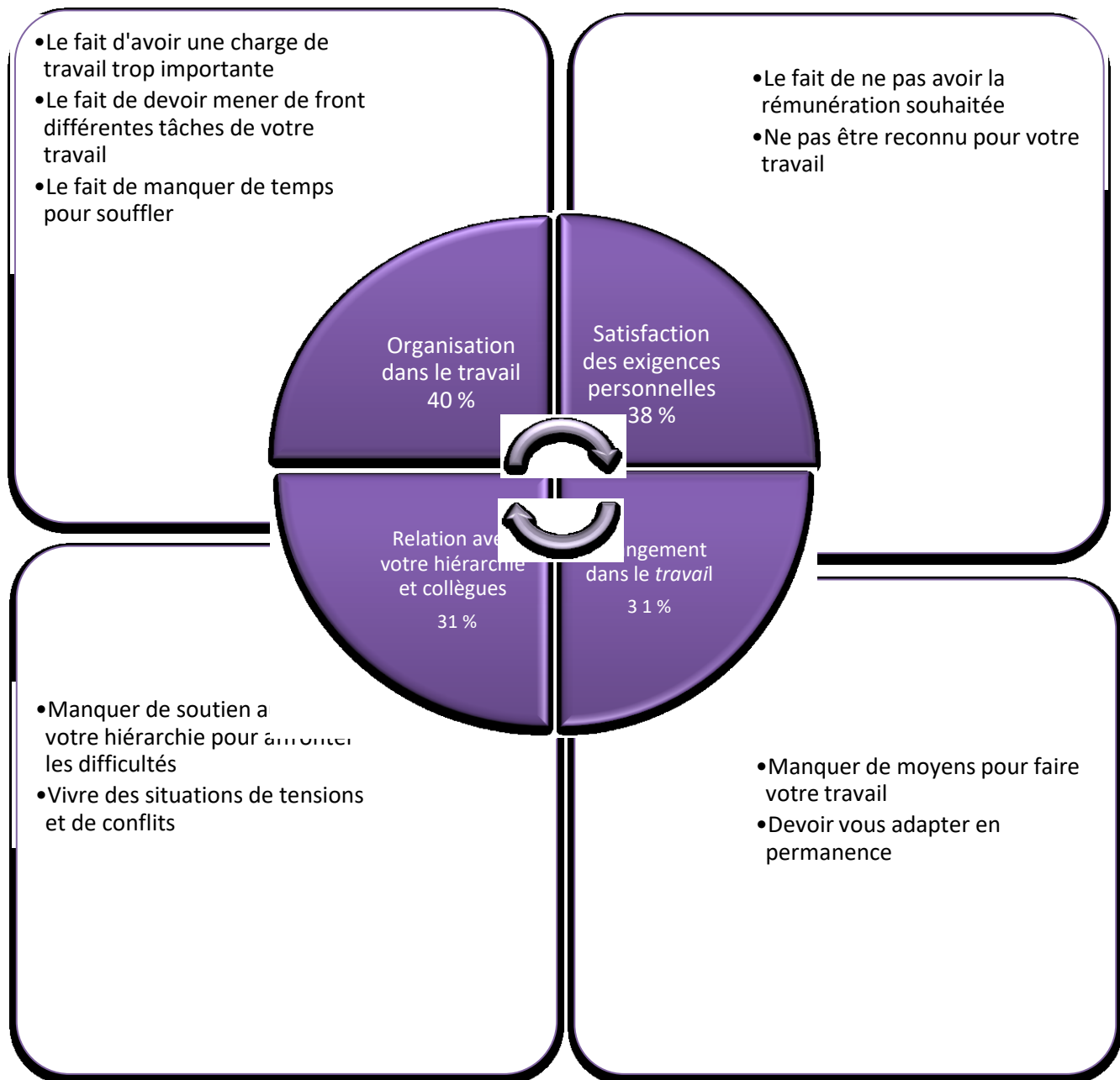
²⁶ Anact : Agence nationale d'améliorations des conditions de travail

²⁷ Enquête Estime 2011 (étude sur le stress au travail, institut de médecine environnementale) partenariat INC et TNS sofred

²⁸ Ibid, page 22

personnels médicaux hospitaliers, 31 préconisations pour améliorer la qualité de vie au travail des personnels médicaux applicables en 2017²⁹.

Ce schéma reprend les principales causes, mentionnées en amont, de mal-être au travail.



²⁹ <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170111-ressources-humaines-l-igas-redige-31-preconisations-pour>

CADRE CONCEPTUEL

6 LA FIDELISATION

6.1 Définition

Selon le Larousse Encyclopédique Universel, fidéliser se rapporte plus particulièrement à une action commerciale : « rendre fidèle, s'attacher durablement une clientèle, un public par des moyens appropriés (informations, prix préférentiels, etc...) »³⁰

L'origine vient de « Fidèle » qui se rapportait dans les années 1798 davantage à la religion, un serviteur ou un amant qui devait remplir ses devoirs et ses engagements. Son sens s'élargit aujourd'hui en désignant le respect de la parole donnée à quelqu'un et une personne sûre, loyale et solide³¹. On peut en déduire qu'à l'inverse le manque de fidélité, a une notion d'abandon et de trahison.

La fidélisation à un service voir à un établissement équivaut à un engagement moral et d'attachement durable.

6.2 Les enjeux...

Je reprends les « enjeux : Ce que l'on peut gagner ou perdre... »³² pour mettre en évidence les profits et les déficits possibles en lien avec la fidélisation.

J'aborde les enjeux pour l'institution, les malades et les agents et je reprendrai les différents éléments que pourront développer les agents grâce à la fidélisation.

6.2.1 ...pour l'institution

Les bénéfices attendues pour l'institution se situeront au niveau de :

- la performance
- l'efficience
- la coopération des professionnels
- du « rendement » avec une augmentation de l'activité,

avec une amélioration de la gestion des risques, de la qualité ds soins et de la qualité de vie au travail

³⁰ Dictionnaire Larousse Encyclopédique universel, 1997, tome 6, page 2165

³¹ La-definition.fr consulté le 12/03

³² Dictionnaire Larousse

Alors qu'à l'inverse, ce manque de cohésion a un risque potentiel d'apporter :

- Une majoration des événements indésirables graves dans les soins
- Une augmentation des coûts

Pouvant générer un mal-être au travail, l'apparition ou l'augmentation de risques psychosociaux et la démobilisation des acteurs.³³

6.2.2 ...pour les malades

Pour le malade la fidélisation se répercutera surtout au niveau de la qualité des soins tant dans le « cure » (le curatif) que dans le « care » (la relationnel).³⁴

Si l'équipe change tous les jours, le malade risque d'y perdre en qualité, par la difficulté à établir une relation de confiance, par la perte des transmissions « informelles » participant à des soins personnalisés, un dossier de soins ne rend pas compte de la personnalité d'un malade.

La fidélisation en intervenant sur l'efficacité et la performance peut améliorer la garantie de qualité et sécurité pour le malade.

6.2.3 ...pour les agents

Les enjeux de la fidélisation ne sont que bénéfique pour les agents. Chaque agent ajoute une valeur unique à l'unité. Par la fidélisation, les agents pourront compléter et développer :

- Leurs compétences
- Leur motivation
- Leur notion d'appartenance
- Leur bien-être au travail
- Le travail en équipe
- Leur investissement dans les projets d'équipe

Un cadre de santé a la responsabilité de développer les compétences des agents qui travaillent au sein de son service. Pour réduire l'écart entre les compétences actuelles et les besoins futurs nous devons nous appuyer sur la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GEPEC).

³³ Revue *soins cadres* n°96- novembre 2015

³⁴ ENTRE CURE ET CARE , LES ENJEUX DE LA PROFESSIONNALISATION INFIRMIÈRE Eliane ROTHIER BAUTZER

7 LA COMPETENCE

Le turnover important de personnel engendre des difficultés pour stabiliser les équipes et les compétences.³⁵

La définition du dictionnaire explique la compétence comme « une capacité reconnue dans telle ou telle matière, et qui donne le droit d'en juger. »³⁶

L'association française de normalisation (AFNOR) considère la compétence professionnelle qui est, lors d'une situation professionnelle, la mise en œuvre d'actions permettant d'exercer convenablement une activité.

Selon Tardif (2003) une compétence est « **un savoir agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situation** ».

La compétence doit se comprendre comme une capacité à agir. On est compétent «**dans**» et «**pour**» un ensemble de situations professionnelles, dans un contexte donné grâce à des compétences générales ou transversales et «**avec**» un niveau d'exigence donné.

La compétence se développe et résulte à des effets qui aboutissent à la performance. Les différentes tâches à évaluer aboutissent à un référentiel des compétences et d'activités professionnelles permettant de définir les objectifs et la culture commune à tous les professionnels. Ces compétences s'acquièrent en formation initiale et s'approfondissent tout au long de la carrière par l'expérience professionnelle accumulée et par l'apport de la formation continue.

Margot Pharneuf, professeur de sciences infirmières et consultante, explique très bien qu'à travers une compétence on acquiert bien évidemment des savoirs mais aussi « *des valeurs d'habiletés psychomotrices, relationnelles, organisationnelles, techniques, de capacités de décision, de gestion des émotions, en somme, d'évolutions personnelle, alimentée par la richesse de l'expérience que seul le contact avec la réalité peut apporter.* »³⁷

Le centre d'études et de recherches sur les qualifications (CEREQ) qualifie la compétence comme une suite de comportements coordonnés efficaces, qui sollicite alors des **savoirs**, connaissances professionnelles ou générales issues de formation, des **savoir-faire**, connaissances issues d'expérience acquise lors de stage ou de poste de travail antérieur et des **savoir-être** regroupés à travers des aptitudes à communiquer, à faire des choix, prendre des initiatives.

Patricia BENNER, dans « *De novice à expert* »³⁸ expose le modèle du mathématicien Dreyfus et du philosophe du même nom à la profession infirmière à travers la distinction de cinq stades successifs.

³⁵ Attractivité et fidélisation des personnels paramédicaux dans les structures sanitaires et sociales -ARHIF

³⁶ Le petit Larousse Illustré édition 2006

³⁷ L'apprentissage/enseignement en milieu clinique Margot Pharneuf Avril 2006

³⁸ Patricia Benner « De novice à expert excellence en soins infirmiers » Ed. Masson (2005) 253 p.

- **Le stade de novice** : Il correspond aux étudiants, aux stagiaires ou aux professionnels qui n'ont pas d'expérience de la situation qu'ils rencontrent. Ils ont besoin d'être guidés dans leurs actes. Et sont en condition d'apprentissage. Patricia BENNER stipule que « *Toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver « novice » si elle n'a pas l'habitude du matériel utilisé ni des pathologies des malades du service.* »³⁹
- **Le stade de débutant** : C'est la phase d'identification grâce aux expériences antérieures les actions à entreprendre seront plus facilement identifiables et déterminées.
- **Le stade de compétent** : L'agent est considéré compétent lorsqu'il commence à percevoir en termes de finalité ses actes et ceci depuis une analyse consciente et adaptée à la situation posant problème. C'est après deux ou trois années dans le même service que le stade de compétent est acquis.
- **Le stade de performance** : Grâce à l'expérience, l'agent est capable de prévoir les événements qui sont susceptibles d'arriver dans une situation donnée et de savoir comment modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements.
- **Le stade d'expertise** : Chaque situation est appréhendée de façon personnalisée et adaptée et ceci de manière intuitive.

Il est utile de souligner la description de Raymond Boudon, sociologue français, qui parle d' « *un double effet qui conditionne la mise en œuvre des compétences.* »⁴⁰. Il décrit un effet de « position » et de « disposition » de l'acteur qui dépend du contexte dans lequel il est intégré, de la possibilité qu'il a d'atteindre des informations mais aussi de sa disposition physique, psychologique et intellectuelles qui lui permettra une interprétation efficace des situations qu'il rencontre. Les différents savoirs seuls ne suffisent pas. C'est une imbrication de représentations individuelles mais qui intègre ainsi la notion de collectivité. Ces actions vont dépendre de l'interaction du groupe d'acteurs et de sa capacité à coopérer. De là, se définit l'esprit d'équipe ou la compétence collective est acquise dans la mise en commun des compétences individuelles.

7.1 La formation initiale

Les études d'infirmières sont soumises à de nouvelles réformes depuis septembre 2009. Il est ainsi possible d'acquérir après un cursus de six semestres un diplôme d'Etat d'infirmier et le grade universitaire de licence.

Ces études basées sur des modules d'enseignements apportent des connaissances théoriques à travers 6 unités d'enseignement et permettent l'acquisition d'une posture réflexive nécessaire pour apprendre à faire le lien « entre le savoir et les actions ».⁴¹

³⁹ Patricia Benner « De novice à expert excellence en soins infirmiers » Ed. Masson (2005), p24

⁴⁰ Raymond BOUDON « L'idéologie » Ed Fayard, 1991

⁴¹ Profession infirmier- Recueil des principaux textes Ed Berger Levrault, mis à jour 03/2015

⁴²La formation initiale conduisant au Diplôme d'Etat d'infirmier (DE): L'ancien programme" définissant la formation initiale menant au DE d'infirmier sera en vigueur jusqu'à fin 2011. Il prépare en un peu plus de trois ans des « infirmiers en soins généraux ». Le module "urgence, réanimation et transfusion sanguine" est limité à 80 heures de cours théoriques sur un total de 4760 heures de formation dont 2240 de cours magistraux. Cet enseignement s'accompagne d'un stage clinique de 4 semaines en réanimation, urgence ou bloc opératoire. Dans le meilleur des cas, l'étudiant peut choisir de clôturer sa formation par un stage préprofessionnel de 8 semaines en réanimation. Le nouveau programme en vigueur depuis septembre 2009 est compatible avec le cursus LMD et donne un grade Licence. La formation reste basée sur le modèle de l'alternance mais il n'y a aucune unité d'enseignement dédiée à la réanimation. Ce nouveau programme ne permet pas non plus de module spécifique à l'enfant qui est compris dans les grandes généralités.

7.2 La période d'intégration

La formation d'adaptation à l'emploi, plus couramment appelée période d'intégration, donne un appui réglementaire par la circulaire DHOS°2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue. Celle-ci indique que *"Compte tenu de la spécificité de la prise en charge des patients admis en réanimation, les infirmières affectées dans ces unités doivent bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi. L'effectif d'infirmières des unités de réanimation doit être suffisant pour tenir compte de ces périodes de formation à organiser au sein des unités pour le personnel nouvellement affecté."* ⁴³ Cependant, aucune précision n'est donnée quant à la durée et aux modalités de cette formation. L'enquête analytique sur la profession d'infirmier en réanimation (Etude AIDERE), réalisée par le CREUF en 2006, auprès de 437 soignants de réanimation de 55 établissements indiquait que plus de 84% d'entre-eux bénéficiaient d'une formation à leur arrivée en réanimation.⁴⁴

Dans l'article R.4312-32 « l'infirmier ou l'infirmière chargée d'un rôle....d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis.... »⁴⁵ Participer à l'intégration de ses pairs fait partie du rôle propre de l'infirmière expérimentée.

Les services proposent 1 à 2 mois de période d'intégration, selon s'ils sont en 8 heures ou en 12 heures de travail quotidien. De manière générale, une infirmière est plus ou moins référente de l'intégration et commence par accueillir le nouvel arrivant en lui expliquant l'organisation du service et des soins.

Dans un second temps, l'encadrement se poursuit avec une infirmière expérimentée. L'encadrement amène l'infirmière à se familiariser avec le matériel propre à la réanimation et aux différentes prises en charge des malades hospitalisés, à l'aide des cours d'anatomie physiologie et pathologie donnés en grande partie par les médecins du service.

⁴² <http://sfar.org/wp-content/uploads/2015/11/MANIFESTEformationIDEREanimation.pdf>

⁴³ Circulaire DHOS°2003/413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue

⁴⁴ *ibid*

⁴⁵ Partie réglementaire- profession de santé-livre III titre Ier : Profession d'infirmier(e) Ed Berger Levrault

Par ailleurs, la prise en charge des patients sera graduelle en laissant le temps d'assimiler les soins d'un patient puis d'aller vers une complexité plus importante. Dans ce processus l'infirmière d'encadrement joue le rôle d'aide soignante, laissant ainsi la position de chef d'orchestre au soignant en cours de formation.⁴⁶

La période d'intégration est une phase importante qui clôture le recrutement. Elle peut être appuyée par des outils existant comme :

- le livret d'adaptation à l'emploi servant de guide d'accompagnement à l'intégration et de fiches techniques, créés et recommandés pour l'intégration par la SFAR⁴⁷, ou par un livret d'accueil pour les nouveaux intégrant ces éléments.
- la formation sur le tutorat. Elle permet de rappeler la responsabilité du tuteur dans les actions de la personne qu'il encadre mais aussi de créer une intégration spécifique au service.
- un bilan d'intégration posant les objectifs à atteindre.
- un rapport d'étonnement, « ⁴⁸*Il s'agit d'un document d'observation rédigé par un nouvel arrivant dans une équipe. Ce document est immédiatement transformé en action de modification de l'organisation ou des processus.* »

Cette phase est au cœur des préoccupations des ressources humaines et intervient sur la qualité de vie au travail. Des organismes de formations pour améliorer les conditions de travail se sont intéressés à la question d'intégration⁴⁹ en stipulant : « *Plusieurs raisons justifient l'intérêt de mettre en place un processus d'intégration des nouveaux embauchés :*

- *Eviter le turnover*
- *Valider l'embauche en situation réelle*
- *permettre au nouvel embauché de trouver sa place ».*

7.3 Le développement professionnel continu

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est un dispositif de formation, initié en 2009 par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) et adapté en 2016, par la loi de Modernisation du système de Santé.

Ce dispositif est effectif depuis le 1er janvier 2013. C'est une démarche active tout au long de l'exercice professionnel permettant :

- au professionnel de santé d'être acteur de sa formation ;
- de favoriser les coopérations interprofessionnelles et le décloisonnement entre les différents modes d'exercices (ville, hôpital).

⁴⁶ Aissani Lailia, « Infirmière en réanimation : Une spécialisation ? », *Recherche en soins infirmiers*, 4/2006 (N° 87), p. 140-149.

⁴⁷ <http://sfar.org/une-formation-specifique-et-une-reconnaissance-du-metier-dinfirmier-de-reanimation/>

⁴⁸ <https://www.cadreemploi.fr/editorial/conseils/conseils-carriere/detail/article/comment-faire-un-rapport-detonnement.html>

⁴⁹ <http://www.orgintegra.com/org-integra>

Le Développement Professionnel Continu contribue à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par :

- l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et de gestion des risques ;
- le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences⁵⁰

Il permet aux professionnels de participer à de multiples formations en regard de leurs activités professionnelles mais aussi d'acquérir des spécialisations par le biais de Diplôme Universitaire (DU) ou la participation à des innovations paramédicales par le biais de Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale (PHRIP).

Le programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) accompagne les démarches innovantes qui favorisent l'amélioration des pratiques des auxiliaires médicaux et, ainsi, la qualité des soins délivrés aux patients. Il comprend un appel à projets unique.⁵¹

Par ce biais, nous pouvons conclure que le développement de compétences s'acquiert dans un environnement de travail donné, mais qu'il permettra aussi la possibilité de trouver son appartenance à un groupe professionnel.

8 NOTION D'APPARTENANCE

Dans le dictionnaire du Petit Robert la notion d'appartenance est en relation avec le fait d'appartenir à ...à un milieu, une collectivité, un parti.

Cette notion d'appartenance revêt son importance avec la dimension sociale qu'elle apporte en contribuant à la construction de l'identité individuelle et collective d'un individu. Selon le sociologue Guy Rocher, « *Appartenir à une collectivité, c'est partager avec les autres membres assez d'idées ou de traits communs pour se reconnaître dans le « nous »* » (Rocher, 1968). Elle participe aussi à la création de l'identité professionnelle. Claude DUBAR, professeur en sociologie, explique que la socialisation est perçue comme un processus de construction de « l'identité pour soi » donc individuelle et de « l'identité pour autrui » comme fondement de l'ordre social.⁵²

8.1 Identité individuelle

Dans le monde professionnel, la notion d'appartenance fait notion à un groupe auquel on adhère par des projets communs, en participant à une vie collective imprégnée de certaines valeurs, normes et règles de conduites. Cette dimension de groupe met en évidence l'impact de celui-ci sur l'individu et participe au processus d'identification à une profession. Elle permet à l'individu

⁵⁰ https://www.mondpc.fr/mondpc/le_dpc_en_pratique

⁵¹ <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/recherche-et-innovation/appels-a-projets/programmes-recherche>

⁵² DUBAR C. la socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. Ed Armand Colin, 1996, 276 p

de se créer une identité professionnelle complétée par des connaissances et compétences communes, en plus des représentations et des valeurs du groupe auquel il appartient.

Chaque professionnel est membre d'une unité, d'une équipe et plus largement de l'hôpital. La façon dont un professionnel travaille et son impact sur le patient est contrainte et influencée par les autres membres de l'équipe et par la façon dont ils communiquent entre eux, s'assistent, s'organisent et se contrôlent. La relation thérapeutique qui s'établit entre une équipe et un patient est un facteur influençant la qualité des soins.

En milieu hospitalier, les soignants sont au centre d'une double appartenance en s'identifiant à leurs corps de métier mais aussi à leur service dans lequel ils œuvrent. Frédéric FOUGERAT, directeur de la communication du groupe ALTRAN⁵³ dans la revue les Echos⁵⁴ du 12 /02/2013, signifiait l'importance du sentiment d'appartenance pour la stabilité d'une entreprise. « *Pour développer un sentiment d'appartenance un collaborateur doit pouvoir s'identifier à l'équipe, (...) pour laquelle il travaille. Cette adhésion, mélange de sentiment d'utilité à un groupe et de solidarité à une équipe, est un indicateur puissant du sentiment d'appartenance. Ainsi, le collaborateur aura plus facilement tendance à adopter les valeurs de l'entreprise, ses codes et son éthique. Il trouvera un sens à son action et sera probablement plus performant.* ». Il explique l'importance pour le soignant de trouver du sens à son travail pour que celui-ci puisse développer non seulement un sentiment d'appartenance, mais qu'il y trouve aussi de la motivation pour effectuer un travail efficient.

Anne Marie FRAY⁵⁵ et Sterenn PICOULEAU démontrent au travers de leur enquête sur « *Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail*⁵⁶ » la contribution essentielle d'une qualité de vie au travail pour une stabilisation des équipes. Sentiment d'appartenance, identité professionnelle, motivation, qualité de vie au travail et reconnaissance sont des notions essentielles et que l'on retrouvera régulièrement au cours de ce travail.

Mais l'identité professionnelle se construit et se déconstruit pour se recréer ailleurs. En effet, l'individu peut avoir des moments où dans sa vie professionnelle, il ne se reconnaît plus dans son groupe d'origine. Selon J. C. Turner⁵⁷, « *Il y a des moments dans l'existence où, plus ou moins brusquement, l'individu prend du recul par rapport à ses groupes d'appartenance, ou certains d'entre eux. Il commence à s'y sentir moins bien, à remettre en question la signification qu'ils avaient pour lui, à les critiquer, et parfois à vouloir les quitter.* »

Cette identité individuelle va permettre au professionnel de s'inscrire dans un groupe, dans une équipe afin d'élaborer un travail d'équipe.

⁵³ ALTRAN : Depuis plus de 30 ans, Altran anticipe le besoin croissant d'innovations technologiques dans tous les principaux secteurs d'activité en répondant à leurs enjeux économiques par le talent, les savoir-faire multidisciplinaires et les expériences multisectorielles de ses équipes

⁵⁴ Quotidien d'actualité économique et financière

⁵⁵ Professeur Management des Ressources Humaines au France Business School Campus de Tours et Directrice de la Recherche et de la Faculté à ESCM-Groupe Ecole Supérieure de commerce et de management Tours-Poitiers

⁵⁶ Fray Anne-Marie, Picouneau Sterenn, « Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail », *Management & Avenir*, 8/2010 (n° 38), p. 72- 88

⁵⁷ Psychologue social britannique connu pour ses travaux sur l'identité sociale

8.2 Identité collective avec la théorie des systèmes

La théorie des systèmes a été élaborée par les sociologues Michel Crozier et Erhard Friedberg au cours des années 1970. Il s'agit de comprendre comment s'effectue le fonctionnement des organisations internes. Les auteurs de cette théorie assimilent les individus à des « *acteurs* » et l'organisation à des règles de jeu. Ils expliquent que l'organisation est un « *construit social* ». Pour comprendre une organisation, il faut en étudier les enjeux, les intérêts, les règles du jeu et comprendre les stratégies développées par les acteurs⁵⁸.

Les deux sociologues développent aussi le fait que les actions collectives se construisent à partir de comportements et d'intérêts propres à chaque individu. Ceux-ci s'approprient les règles du jeu en les utilisant à leurs profits, en cherchant à maîtriser les zones d'incertitudes pour tenter d'atteindre leurs propres objectifs. Tout en mettant en avant le pouvoir qu'ils ont pu acquérir par la possession de leurs compétences spécifiques. Pour Crozier et Friedberg, la détention d'informations et la possession de compétences spécifiques sont des sources de pouvoir.⁵⁹

D'une organisation va naître des valeurs professionnelles, propre à son fonctionnement. Malgré tout chacun arrive avec sur le plan individuel des valeurs qui influenceront leurs actions, leurs comportements et leurs attitudes envers autrui.

Ces valeurs sont multiples et vont permettre de laisser s'exprimer :

- **leurs capacités** : Au travers de la créativité, l'adaptabilité, la réactivité, l'anticipation pour que chacun mobilise ses compétences et ses aptitudes,
- **leurs comportements** : Avec de l'écoute, des initiatives, du respect et du partage pour mettre en valeur sa manière d'être,
- **leur état d'esprit** : En agissant selon sa mentalité et sa façon de penser pour mettre en exergue la confiance, la solidarité, le bon sens et l'ambition,
- **leur vertu** : En faisant appel au courage, à la loyauté, la responsabilité et l'humilité en se rapportant à l'éthique et la valeur morale.

8.3 Les valeurs d'une équipe

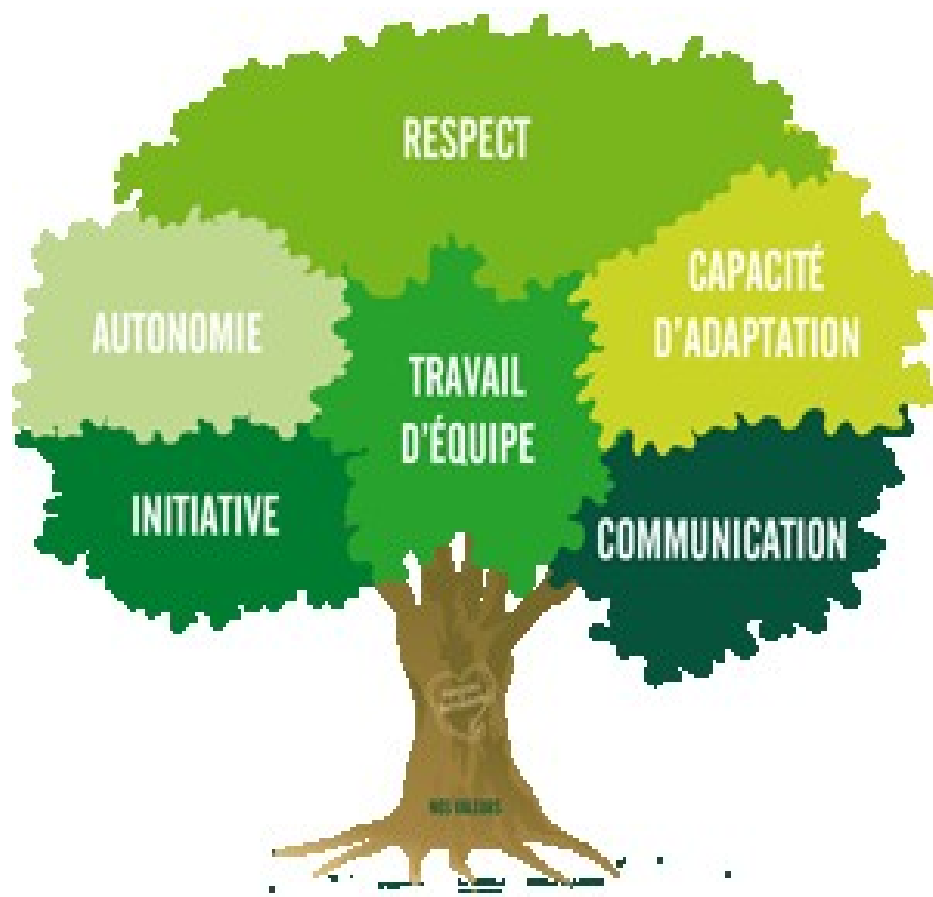
Pour qu'une équipe fonctionne ensemble et de façon cohérente, il est nécessaire qu'elle partage des valeurs communes. Ces valeurs sont tirées d'une entreprise⁶⁰ mais s'appliquent à tous professionnels amenés à travailler ensemble tel que dans un service au sein d'un établissement hospitalier. Mais pour que ces valeurs fonctionnent, elles doivent s'appliquer à tous les acteurs agissant au sein du même service.

⁵⁸ La Bibliothèque idéale des Sciences humaines. L'acteur et le système Michel Crozier et Erhard Friedberg, 1977, Evelyne Jardin publié le 01/09/2003

⁵⁹ La Bibliothèque idéale des Sciences humaines. L'acteur et le système Michel Crozier et Erhard Friedberg, 1977, Evelyne Jardin publié le 01/09/2003

⁶⁰ <http://www.cascades.com/fr/entreprise/valeurs/>

- **le respect** : Considérer ses collègues comme partenaires, faire preuve d'empathie, de diplomatie et d'humilité en traitant ses partenaires avec considération. Pour être efficace il doit concerner tout le personnel.
- **le travail d'équipe** : Il fait référence à une ambiance de travail collégiale et consultative dans un esprit d'entraide. Pour favoriser le travail d'équipe les professionnels doivent coopérer de façon à atteindre les objectifs de l'équipe, accepter les différences, reconnaître la contribution de chacun et être solidaire envers les décisions de l'équipe.
- **l'autonomie** : Tout en faisant preuve de rigueur, en acceptant une supervision et en assumant les conséquences, elle laisse une marge de manœuvre dans les actions permettant d'atteindre les objectifs.
- **la capacité d'adaptation** : Le professionnel doit être capable de savoir faire face à l'imprévu, de modifier son rythme, ses méthodes de travail afin de faire face aux changements, mais aussi de savoir faire des compromis pour tenir compte des suggestions et se remettre en question.
- **l'initiative** : Les professionnels de terrain sont les mieux placés pour reconnaître les besoins et peuvent précurseur d'innovation.
- **la communication** : En privilégiant la négociation, la circulation de l'information et la facilité des échanges par la transparence, la franchise et l'équité des informations



Des professionnels compétents, motivés, appartenant au même groupe sont alors en capacité d'interagir ensemble. Mais pour pérenniser cette capacité, il est nécessaire que les professionnels restent motivés et impliqués dans leur travail.

9 LA MOTIVATION

« La motivation peut être souvent le reflet, aux yeux du manager, de l'implication des professionnels »⁶¹.

A partir de 1953, Frédéric Herzberg et Abraham Maslow, tous les deux, psychologues américains et théoriciens ont expliqué différentes théories sur la motivation des hommes à travailler.

Abraham Maslow élabore la théorie des motivations en expliquant que l'homme a des besoins, qu'il agit pour les satisfaire et que l'énergie qui le pousse à l'acte s'appelle la motivation. *« Il démontre ainsi que la motivation n'est pas un trait de personnalité puisqu'elle est fortement liée à la satisfaction d'une catégorie de besoins. »⁶².*

Maslow représente les différents besoins sous forme d'une pyramide à 5 étages. Chaque étage représentant des besoins particuliers. En commençant par la base, on rencontre :

- Les besoins physiologiques,
- Les besoins de sécurité,
- L'appartenance à un groupe à travers les besoins sociaux,
- Les besoins d'estime de soi et des autres,
- Et au sommet le besoin d'accomplissement personnel.

Les besoins d'appartenance, d'estime et de s'accomplir passent par :

- **Le contenu et l'intérêt du travail** : C'est un élément majeur de motivation. Apprécier, comprendre les enjeux du travail à accomplir et le faire avec plaisir est une source de motivation très importante.
- **Les responsabilités** : Être en charge de... N'est-ce pas une marque de confiance importante de la part de notre employeur que de nous confier des responsabilités. Être reconnu comme la personne de la situation est extrêmement valorisant et nous pousse à nous dépasser au quotidien. C'est un poste que l'on retrouve dans les services avec la notion de référence.
- **La reconnaissance** : Être reconnu pour ce que nous faisons. Être remercié pour notre contribution dans la réussite collective est une source très forte de motivation au travail.
- **Les possibilités de développement personnel ou d'accès à des fonctions supérieures**: Progresser et en récolter les fruits génère également de la motivation⁶³.

Le passage entre chaque étape augmente les sources de satisfaction et de motivation. Pour être satisfait, engagé et motivé l'acteur a besoin de considérer son travail comme « un facteur majeur de la réalisation de soi »⁶⁴

Pour Herzberg, les facteurs d'insatisfaction peuvent être éliminés par de bonnes conditions de travail, une bonne rémunération... et les facteurs de motivation peuvent être assurés par l'enrichissement et l'élargissement des tâches.

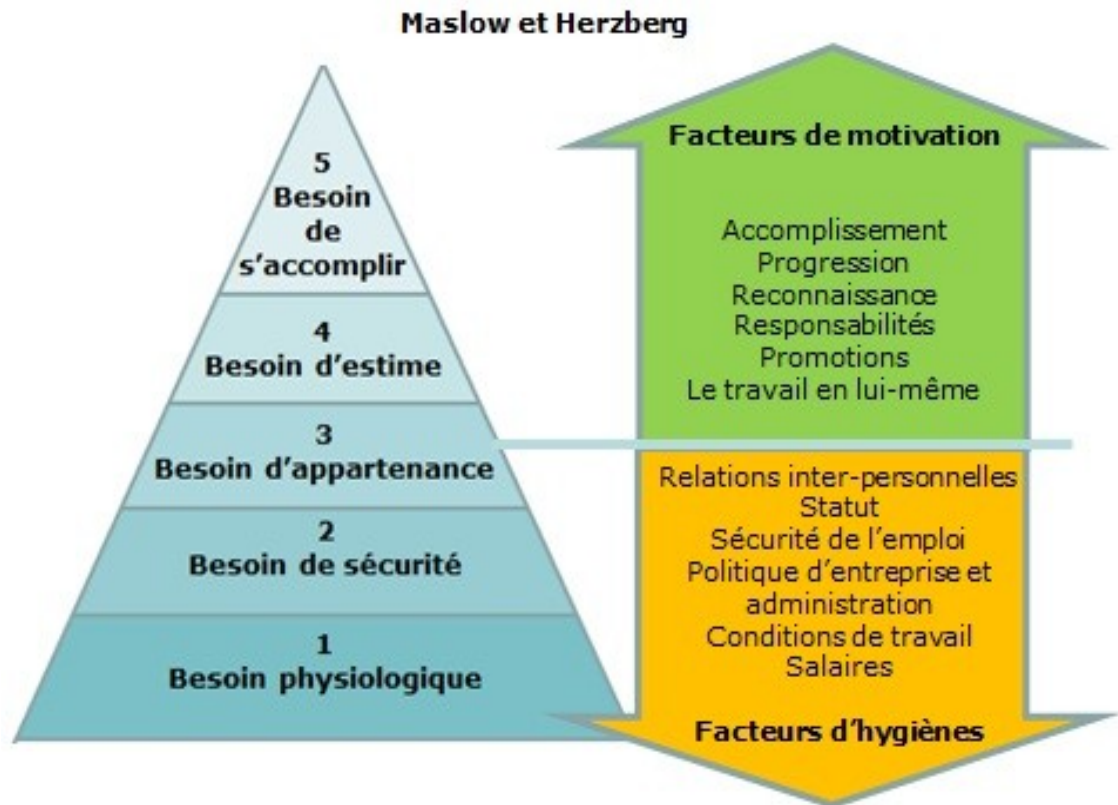
⁶¹<https://letempsdesmanagers.files.wordpress.com/2010/03/motivation-adhesion-satisfaction-implication1.pdf>

⁶² ibid

⁶³ <http://blog.businessstoolbox.fr/quest-ce-qui-nous-motive-au-travail/>

⁶⁴ Yves CLOT Christophe Dejours : Plaisirs et souffrance au travail

Le schéma ci-dessous présente les deux modèles et met en relation les facteurs d'Herzberg aux besoins de Maslow



Dans la théorie des besoins de Frédéric Herzberg, la classification des différents facteurs pouvant être source de perte de motivation sont rassemblés en deux groupes⁶⁵ :

◇ Les facteurs d'hygiène ou primaire propre à tout être vivant regroupent les besoins physiologiques et les besoins inhérents aux conditions matérielles. Herzberg explique que s'ils ne sont pas source de motivation, ils peuvent malgré tout, une fois comblés, créer de l'insatisfaction si on ne peut pas passer au deuxième groupe de facteurs. Mais à l'inverse ils doivent être comblés pour avancer et s'ils restent médiocre peuvent créer un taux d'insatisfaction.

◇ Les facteurs intrinsèques ou de motivation qui sont « *le sentiment d'accomplissement, la reconnaissance de ses supérieurs et de ses pairs, la progression individuelle, le contenu du travail adapté aux capacités et à la personnalité, la jouissance d'autonomie et de responsabilité au niveau de celle que l'on est capable d'assumer* »⁶⁶. Herzberg explique que pour satisfaire ses besoins l'homme voudra toujours en faire d'avantage non seulement pour atteindre son objectif mais aussi pour le dépasser.

Lorsque cette notion de satisfaction n'est pas satisfaite, on peut alors parler de souffrance au travail. Yves Clot professeur de psychologie et Christophe Dejourns psychiatre et psychanalyste,

⁶⁵ Dossier CHST : conditions au travail et satisfaction au travail

⁶⁶ Dossier CHST : conditions au travail et satisfaction au travail

l'expliquaient déjà en 2012, dans leur propos recueillis par Xavier de la Vega sur le Plaisir et souffrance au travail. Ils expliquaient que la souffrance au travail débutait lorsque « l'activité est empêchée ». Avec cette notion pour le salarié d'un travail non satisfaisant « *ni fait, ni à faire* » qui amène perte de ses valeurs, contrariétés jusqu'à épuisement professionnel et perte de sommeil.

Il m'apparaît alors important après la motivation, d'aborder aussi notion d'implication.

10 L'IMPLICATION

L'implication se définit comme l'attachement au travail, comme l'identification du salarié à son emploi, à son rôle professionnel. « *L'implication est un engagement dans l'action, dans la relation, dans le résultat. C'est une énergie. Le salarié impliqué attache de l'importance à son travail, sa vie professionnelle occupe une place importante par rapport aux autres domaines de sa vie. Il le manifeste* »⁶⁷

L'implication est liée à la personnalité de l'individu plus qu'aux situations en elles-mêmes. Une forte implication peut déclencher de fortes insatisfactions si les attentes ne sont pas comblées.

10.1 Les déterminants de l'implication au travail

Les déterminants culturels

La place qu'occupe le travail est fonction des valeurs morales, religieuses, de la hiérarchisation sociale et des aspirations prônées par la société.⁶⁸ Elle dépend aussi des valeurs de l'entreprise elle-même.

Les déterminants individuels

Ils sont liés à la personnalité, à l'estime de soi. Le degré d'implication sera différent d'un professionnel à l'autre. Ces déterminants individuels évoluent autour des besoins d'accomplissement et de réussite déjà étudié avec la motivation.

Le besoin d'accomplissement ou de réussite est corrélé au besoin d'être efficient et compétent, alors que le besoin de réussite passe par celui d'être acteur, à la source des événements vécus. Quand ce besoin est fort, il détermine une tendance à s'impliquer fortement dans son travail.⁶⁹

⁶⁷<https://letempsdesmanagers.files.wordpress.com/2010/03/motivation-adhesion-satisfaction-implication1.pdf>

⁶⁸ <http://andre.font.free.fr/Font/implication.htm>

⁶⁹<https://letempsdesmanagers.files.wordpress.com/2010/03/motivation-adhesion-satisfaction-implication1.pdf>

Les déterminants organisationnels

Les défis proposés, les moyens mis à disposition, le système de récompense, l'autonomie sont autant de facteurs liés à l'implication. Les expériences vécues dans le travail sont capables de stimuler ou au contraire de détourner l'implication du salarié.

10.2 Les effets de l'implication au travail

On retrouve des corrélations entre implication, absentéisme et turn over. ⁷⁰Il semble que l'implication ait des effets positifs sur la productivité mais c'est difficile à prouver car on ne peut faire la part de ce qui incombe à l'organisation et à l'humain.

Sur le plan physique, l'implication est corrélée à des maladies cardiaques et coronariennes et peut-être à l'origine de stress important. Elle peut être la source ou la conséquence de déséquilibres dans les autres sphères de la vie, en particulier la vie affective et familiale.

Dans ses effets positifs, elle aide à la construction d'une image valorisée de soi et renforce l'estime de soi.

⁷¹ L'intérêt de développer l'implication pour utiliser au mieux l'énergie créée par la motivation paraît maintenant primordiale et pourra provoquer non seulement de la satisfaction mais aussi améliorer l'efficacité et la qualité du travail. Cette implication peut passer par la participation à des projets de service.

11 LE PROJET DE SERVICE

L'ordonnance du 24 avril 1996 stipule le projet de service comme « *Un outil de formalisation des orientations et objectifs de soins sur lesquels porteront les actions de pratique clinique, d'organisation, de formation et de recherche. Il donne sens à l'action.* »

Philippe Grosjean, psychosociologue et Frédérick Duvernois, psychologue, définissent le projet de service comme « *...l'image d'une situation, d'un état que l'on pense atteindre* » ⁷².

Un projet de service relie l'histoire de l'organisation à son destin et à son dynamisme volontaire. C'est un cadre fédérateur tourné vers l'avenir. Il devient une référence permanente et globale. Il exprime une volonté collective, forte et précise, et détermine des principes d'actions et des normes de comportement professionnel. Il oriente et mobilise tout le personnel dans une direction commune largement acceptée ⁷³.

⁷⁰ <https://letempsdesmanagers.files.wordpress.com/2010/03/motivation-adhesion-satisfaction-implication1.pdf>

⁷¹ ibid

⁷² P. Grosjean et F. Duvernois « Elaborer et mettre en œuvre un projet de service, guide pratique et méthodologique », 2000, page 19.

⁷³ Deligny J-L., *L'administration du futur*, Eyrolles, Paris, 1990, 243 p

« Le projet est une anticipation opératoire, individuelle ou collective d'un futur désiré. Cette anticipation comprend deux composantes :

- un but, qui est l'objectif du travail à engager,
- un plan pour atteindre cet objectif ; ce plan précise les étapes intermédiaires par lesquelles il doit passer.»⁷⁴

Le projet de service est le support de ce que souhaite une équipe pour son avenir. Il permet d'interroger les pratiques et de mobiliser les connaissances. Stéphanie Neveu⁷⁵, cadre de santé explique au cours d'une interview pour la revue *Cadredesanté* qu'« un projet est un mouvement de va-et-vient entre l'action et la réflexion ». De ce fait, les projets de service peuvent être mobilisés par une demande interne de l'établissement, par le cadre de proximité ou par un ou plusieurs membres de l'équipe.

Jean pierre Boutinet⁷⁶, psychosociologue, différencie deux types de projets :

- le projet-objet centré sur le but, les objectifs à atteindre
- le projet-méthode qui privilégie la créativité, l'implication et la coopération des acteurs faisant appel au management par projet. « *L'originalité du management par projet est de faire reposer l'essentiel de son dispositif sur un travail collectif.../... tout en mettant en place un leadership visionnaire.* »

Selon ces différents auteurs, on peut affirmer que le projet de service concerne la réflexion d'une équipe conduite par un leader en prenant comme « *finalité la prise en charge du patient.* ». Il fédère une équipe vers un objectif commun pour lequel tous les acteurs présents auront œuvré et négocié ensemble mais que l'équipe au complet formant le service devra suivre

Fidéliser le personnel passe par un groupe de professionnels compétents, motivés et impliqués. Mais comme nous l'avons déjà plus ou moins abordé, la fidélisation passe aussi par une qualité de vie, un bien-être au travail.

12 LE BIEN ETRE AU TRAVAIL

Ce que l'on nomme " bien-être au travail " correspond à l'ensemble des facteurs plus ou moins identifiables susceptibles d'influer sur la qualité de vie des employés sur le lieu de travail. C'est pourquoi ces deux notions ne vont pas l'une sans l'autre. La qualité de vie au travail des soignants interfèrent dans leur efficacité à la réalisation des soins. Elles renvoient à de multiples éléments relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise.

Ce sentiment de bien-être et de qualité de vie au travail perçu individuellement et collectivement englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication et de responsabilisation, l'équité, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. Ainsi conçue, le bien-être au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant

⁷⁴ J.P. Boutinet « Le cadre au service des projets et de le projet au service du cadre », S. Neveu, *Cadredesante.com*, 19 juillet 2009

⁷⁵ S. Neveu, « Le cadre au service des projets et le projet au service du cadre », *Cadredesante.com*, 19 juillet 2009

⁷⁶ J.P. Boutinet « intérêt et limites du management par projet », *Soins Cadres*, février 2006.

notamment les organisations du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise.⁷⁷

Il existe en outre une définition officielle fournie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui considère le bien-être au travail comme « *un état d'esprit caractérisé par une harmonie satisfaisante entre d'un côté les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur et de l'autre les contraintes et les possibilités du milieu de travail* ».

L'Organisation Mondiale de la Santé définit le bien-être en impliquant la notion de la qualité de vie sous un angle psychologique, social et physique. « *C'est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement.* »

La promotion du bien-être est devenue un objectif et est travaillée par cinq actions principales⁷⁸ :

- Maintien de la motivation au travail
- Fidélisation de la main d'œuvre
- Réponse à des contraintes légales
- Lutte contre un absentéisme tout venant
- Prévention « santé mentale » axée sur les coûts des incidents de vie mal gérés.

Serge Volkoff, statisticien, ergonomiste militant pour l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail, énonce dès 2012 « *Les bonnes conditions de travail sont celles qui donnent aux salariés la liberté de construire une activité de travail favorable à leur santé.* »

Les études et la recherche conduites par Malakoff Médéric sur la qualité de vie au travail et sa perception s'appuient sur la plupart des éléments cités par la Conférence sociale de 2012 :

- l'ambiance, les relations avec les collègues
- la rémunération globale
- la reconnaissance au travail
- la conciliation vie professionnelle/vie personnelle
- l'intérêt, le contenu du poste
- le cadre de travail, l'aménagement du poste de travail
- les relations avec le supérieur hiérarchique direct
- l'organisation du travail
- le parcours professionnel et le développement des compétences
- l'équité de traitement entre les salariés
- l'information partagée au sein de l'entreprise
- les services apportés par l'entreprise.

⁷⁷ LE BIEN ETRE AU TRAVAIL : UN OBJECTIF POUR LA PREVENTION ? **INRS** Hygiène et sécurité du travail 2005

⁷⁸ LE BIEN ETRE AU TRAVAIL : UN OBJECTIF POUR LA PREVENTION ? **INRS** Hygiène et sécurité du travail 2005

13 ROLE ET MISSIONS DU CADRE DE SANTE

Le « guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé » publié par la Haute Autorité de Santé en 2005, décline les missions selon 5 fonctions : **prévoir, organiser, décider, évaluer et motiver**. Ces fonctions sont retrouvées dans la fiche métier de la fonction publique hospitalière. Elle définit la fonction du cadre responsable d'unité de soins ainsi : « *Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.* »⁷⁹

Henry Mintzberg a retenu 3 catégories pour décrire les rôles du cadre de santé. Investi d'une autorité formalisée liée à son statut, le cadre remplit donc des⁸⁰:

- **rôles interpersonnels** : représentation symbolique, rôle de leader, agent de liaison.
- **rôles informationnels** : observateur actif, diffuseur de l'information, porte parole.
- **rôles décisionnels** : entrepreneur, régulateur, répartiteur des ressources et négociateur.

Ces rôles font partie intégrante des missions principales du cadre de santé des services de réanimation infantile, qui sont :

- Améliorer la qualité du service rendu aux patients et donc la qualité des soins, la « performance soignante » et la satisfaction des patients et des familles ;
- Améliorer la satisfaction des services et unités adressant les patients et les prenant en charge après leur hospitalisation ;
- Clarifier et hiérarchiser le fonctionnement de l'unité de réanimation ;
- Assurer les meilleures conditions de travail pour le personnel ;
- Mettre en place une politique « qualité », de gestion des risques et d'évaluation ;
- Assurer les missions d'enseignement et de recherche.

« Fidéliser le personnel » n'est pas clairement identifié comme un des rôles du cadre, pourtant nous avons pu voir au travers des différents concepts que le turnover est devenu un réel problème pour la qualité de la prise en charge et le principe de continuité des soins.

Le stress est le problème le plus ressenti, c'est pourquoi le cadre doit agir sur les dimensions individuelle, managériale et organisationnelle afin de pouvoir intervenir « *dans l'accompagnement des collectifs de travail au quotidien, ce qui implique d'avoir une bonne connaissance du fonctionnement des équipes, à l'échelle groupale et individuelle dans le champ des relations interpersonnelles* »⁸¹.

En 2008, lors de la réforme hospitalière sur la loi de modernisation, le rapport Larcher, pointe la gestion des ressources humaines comme un axe fort de l'évolution de l'hôpital public. La DRASSIF (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile-de-France) élabore alors un rapport traitant de l'« Attractivité et Fidélisation des professionnels paramédicaux dans les Structures Sanitaires et Médico-sociales » avec le sous-titre suivant : « Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'auto évaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels ».

⁷⁹ Ministère de la Santé et des sports, « fiche métier du cadre responsable d'unité de soins », version en vigueur en mai 2010.

⁸⁰ H. Mintzberg « voyage au cœur des organisations », page 37.

⁸¹ STANISLAS Jean-Luc, « Risques psychosociaux : le rôle du cadre », Objectif SOINS & MANAGEMENT, n°210, novembre 2012, pages 20 à 29, page 24

Bien qu'il ait 10 ans ce rapport est loin d'être obsolète et au contraire au fait de d'actualité. Les six critères retenus et élaborés à partir d'une étude internationale portant sur le métier d'infirmière sont encore à prendre en considération. Ils sont :

- Recrutement et accueil
- Valorisation des compétences
- Evolution professionnelle
- Conditions de travail
- Management
- Dynamique d'établissement

On retrouve ses différentes directives au travers des critères que présente Yvon Brunelle dans son article sur les hôpitaux magnétiques⁸² mais aussi dans différentes études tel que le projet ARIQ ou l'étude Presst-next.

Les hôpitaux magnétiques sont reconnus pour avoir des facilités à recruter, à retenir leurs infirmières et à dispenser des soins de qualité dans un environnement de travail satisfaisant. Pour y parvenir, les actions ciblées à mettre en place sont :

- **La valorisation professionnelle**, en encourageant une culture du travail, une mise en confiance. Encouragée à prendre des initiatives et prise en considération, l'infirmière ne pourra qu'augmenter la qualité des soins qu'elle prodigue ainsi que sa satisfaction personnelle et sa confiance envers sa hiérarchie.
- **L'autonomie professionnelle**, en sollicitant dynamisme et innovation. Elle est mise en exergue avec la valorisation et encouragée par un management participatif et de soutien
- **Le support de l'administration pour les conditions de travail** : L'accès à la Direction est largement facilité favorisant ainsi l'accès à l'information et diminuant les niveaux hiérarchiques. Le personnel est entendu, la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle est prise en compte avec la notion de garderies par exemple.
- **La collaboration entre médecins et infirmières** : C'est un indicateur important qui impacte sur la qualité des soins et le devenir des patients. C'est aussi échanger sur des valeurs communes et rechercher une cohésion.
- **La confiance envers ses pairs** : C'est la notion de confiance, à compétences égales avec des valeurs communes et un sentiment d'appartenance au même groupe.
- **Un ratio de personnel suffisant** : Aux Etats-Unis, les ratios sont plus élevés. Il est mentionné dans les hôpitaux magnétiques beaucoup plus d'infirmières spécialisées.
- **Un focus client** : Toutes les actions, décisions et discussions sont axées sur l'utilisateur. Le personnel veut rendre ce qu'on lui donne. Celui-ci étant valorisé et aidé dans ces actions, il n'hésitera pas à aller vers « l'autre » et à se consacrer à lui.

⁸² Y.BRUNELLE, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », Pratiques et Organisations des Soins 2009/1(Vol 40), p.39-48

- **Recherche de la qualité** : Elle doit être constante dans la prise en charge des soins. Elle est basée sur le respect et la confiance au niveau transversal et vertical. Le droit à l'erreur est accepté. Il y a des règles de bases. Ensuite, les chemins pour atteindre l'objectif sont propres à chacun. Ceci demande malgré tout l'acceptation d'être contrôlé par ses pairs et la possibilité d'être licencié si la discipline de base n'est pas maintenue. C'est une gestion souple et ferme à la fois.

Le projet ARIQ⁸³ (Attraction, Rétention, Implication des Infirmières et Qualité des Soins) est une étude identifiant les caractéristiques d'un environnement organisationnel favorable au bien-être et à la satisfaction du personnel et à la qualité des soins.

Cette étude a permis la construction d'une grille d'autodiagnostic afin de permettre aux établissements de santé de s'évaluer et de corriger leurs écarts.

- Comme les hôpitaux magnétiques, le patient est au centre de toutes les décisions et de toutes les actions.
- La collaboration interprofessionnelle est basée sur des valeurs de respect et de confiance et de valorisation. Il débute dès l'intégration des nouveaux agents, permet un parcours professionnel enrichissant et une possibilité de concilier vie professionnelle et vie privée.
- Le projet ARIQ s'ouvre vers l'extérieur afin de permettre un parcours santé et un accès à la santé pour tout individu.

L'étude Presst-Next (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) est une étude sur la santé, la satisfaction et l'abandon du métier de soignant qui porte essentiellement la santé au travail, le bien-être et la satisfaction.

Les hôpitaux aimants datent de 1982, le projet ARIQ de 2009 et l'étude Presst Next de 2002 à 2005. Pourtant les résultats sont toujours d'actualité. On retrouve toujours les mêmes composantes individuelles avec la motivation, la satisfaction et l'implication. Les motifs d'insatisfactions sont très souvent liés aux causes de départ des infirmiers, le sentiment d'un travail non abouti, un épuisement général, un manque de reconnaissance, de valorisation ou de soutien....

Est-ce que le terrain va corroborer ses propos émanant d'études qui ont pour certaines plus de 30 ans ?

⁸³ ariq-attraction-retention-implication-des-infirmieres-et-qualite-des-soins-sabine-stordeur-octobre-2010

ENQUETE ET ANALYSE

14 L'ENQUETE

14.1 Méthodologie de l'enquête

Enquête pré-exploratoires

J'ai commencé par réaliser 3 entretiens pré-exploratoires (Annexe II) qui ont eus pour but de m'aider à ajuster la problématique et à préparer le questionnaire final. Les professionnels interrogés étaient des cadres de services de réanimation adulte et néonataux de centres hospitaliers publics.

Après leur avoir demandé si elles étaient confrontées au turnover, je leur ai demandé qu'elle en était les causes et au contraire ce qui aurait pu les faire rester et comment le cadre pouvait intervenir sur la fidélisation.

Leurs réponses étant assez similaires, je les ai résumées.

Etes vous confrontées au turnover dans votre service ?

Si l'une d'entre-elles estime que par rapport au nombre de professionnels qui compose son équipe, le turnover est normal et non excessif, les deux autres stipulent un roulement important dû à des difficultés individuelles d'organisation personnelle ou de non satisfaction au travail, et la perte d'IDE de plus de sept ans d'expérience entraînant une diminution de l'expertise.

Qu'est-ce qui peut empêcher de fidéliser une équipe ?

J'ai regroupé, en reprenant leurs propos, les éléments pouvant être un frein à la fidélisation sous trois grands ensembles :

- Le premier est en rapport avec **le travail** lui-même, « *la charge de travail, des patients de plus en plus « lourds », un travail intensif (ni pause, ni repas), un personnel en sous effectif et une fatigue émotionnelle* ».
- Le deuxième est associé **aux compétences** « *les pratiques manquent d'homogénéisation, manque de rigueur, manque de formation spécifique.* »
- Le dernier remet en cause **la collaboration** paramédical, médical et de l'encadrement : « *des mauvaises ententes dans les équipes, différence de valeurs entre anciennes et les nouveaux, manque de considération que ce soit par les collègues, les médecins ou l'équipe d'encadrement, manque de valorisation par l'équipe médicale et d'encadrement avec un manque d'écoute et de communication et un encadrement trop loin des équipes.* »

Qu'est-ce qui pourrait fidéliser une équipe ?

Les leviers concernent en premier lieu l'organisation du travail avec la « *l'importance d'un effectif au complet et de pouvoir bénéficier du Service Infirmier de Compensation et de Suppléance pour*

respecter les repos, leur donner de l'autonomie dans leur organisation, leur donner un rôle selon leurs compétences, les envoyer en formations, les valoriser.»

Le deuxième critère le plus souvent mentionné est l'équilibre entre leur vie familiale et professionnelle. *« Respecter leur planning, leurs demandes et leur jours de repos, créer du lien entre les différentes équipes avec des moments conviviaux à partager.»*

Et on retrouve toujours la collaboration avec *« La proximité du cadre et de l'équipe médical à travers une écoute, de la communication et de la bienveillance pour avoir une dynamique de projet commune et profitable aux patients comme aux professionnels.»*

Quelle posture peut avoir le cadre pour aider a cette fidélisation ?

Les postures citées sont en rapport avec les critères donnés ci-dessus.

- Anticiper les recrutements et l'organisation des plannings. N discuter avec le « N+1 » pour poser les problèmes, ralentir l'activité si nécessaire.

- Savoir être à l'écoute et valoriser, faire des points réguliers d'informations

- Impliquer l'équipe dans les décisions, les protocoles ou les projets de service

-Etre au plus proche du terrain pour mieux comprendre le travail et ses difficultés pour réfléchir à des solutions.

Ces questionnaires recouvrant mon hypothèse de départ, je suis donc allée à la rencontre des infirmières. Elles sont au cœur de mon sujet, je devais connaître leur ressenti pour savoir comment elles percevaient la fidélisation.

Enquêtes définitives

La méthode choisie en accord avec ma directrice de mémoire a été une enquête (Annexe III) auprès des infirmières et puéricultrices afin de connaître leurs représentations et d'étudier la question de la fidélisation. Leurs réponses vont me permettre de mettre en avant les managements mis en place dans leur service et ceux qui peuvent servir de leviers pour la fidélisation des équipes.

14.2 Le choix de l'échantillonnage

Plusieurs critères m'ont dirigé vers les établissements choisis :

- des établissements avec une maternité de niveau 3 avec un service de réanimation néonatale et/ou polyvalente
- des établissements publics appartenant à l'AP-HP ou n'y appartenant pas.
- Des établissements d'Ile de France implantés sur Paris ou en banlieue.

Ainsi les enquêtes ont été distribuées dans les services de réanimation néonatale et pédiatrique dans les hôpitaux du Kremlin-Bicêtre ou KB (AP-HP), de Corbeil (Centre hospitalier Sud Francilien ou CHSF) et de Créteil (Centre Hospitalier Inter Communal ou CHIC).

Je me suis entretenue avec les cadres de proximité de ces services afin de connaître les procédures du service par rapport aux sujets abordés, pour permettre une analyse plus fine des réponses.

J'ai ciblé ma recherche sur ces services car étant puéricultrice, c'est un secteur que j'affectionne et que je connais pour y travailler depuis 10 ans et pour lesquels je souhaite m'investir.

14.3 Distribution et restitution des questionnaires

Pour le KB, j'ai profité d'un stage dans le service pour présenter mon questionnaire au ID(P)E présentes. J'en laissais aussi quelques uns vierges pour les professionnels que je n'avais pas vus et pour ceux de nuit. Etant sur place j'ai pu les relancer régulièrement sur une période de quinze jours.

Pour la restitution, une bannette a été mise en place dans leur unité. J'ai ainsi pu récupérer 39 questionnaires.

Pour le CHSF, ce sont les cadres de santé qui ont accepté de distribuer, de relancer et de récupérer ces questionnaires dans une enveloppe. En laissant une période de restitution de quinze jours, j'en ai récupéré 40.

Pour le CHIC, Le service était en pleine période de déménagement, malgré tout la cadre de santé a bien voulu distribuer ces questionnaires, en me précisant qu'elle ne pourra le faire qu'après ce déménagement. La période de restitution a été d'une semaine et j'ai récupéré 18 questionnaires.

14.4 Le choix de l'outil

J'ai souhaité collecter des informations quantitatives sous formes de thèmes afin de questionner mon cadre conceptuel.

Lors de sondages de la population, l'échantillon se fait sur 200 personnes minimum pour pouvoir affirmer, « l'ensemble des français pense.... »⁸⁴ Avec environ une centaine d'enquêtes à traiter (98 pour être précise), le ratio me paraît correct pour me permettre de l'analyse et en tirer quelques pistes à suivre.

Les études quantitatives permettent de connaître avec efficacité : qui est satisfait, sur quels sujets et quels sont les manques ou les attentes. De ce fait, la construction de l'enquête, le choix des thèmes et des questions est primordial.⁸⁵

⁸⁴ Bulletin des Bibliothèques de France : Enquêtes quantitatives et qualitatives, observation ethnographique

⁸⁵ ibid

Ma population étant ciblée, tant par les services que par la profession, ce questionnaire a été bien accueilli et l'ensemble des personnes a accepté de répondre. Cet échantillonnage, représentatif d'une population, donnera donc davantage de légitimité aux réponses reçues.

14.5 La méthode d'analyse

14.5.1 La population ciblée

Comme vu dans mon cadre conceptuel, dans le chapitre concernant « LA COMPETENCE », selon Patricia BENNER *« L'agent est considéré compétent lorsqu'il commence à percevoir en termes de finalité ses actes et ceci depuis une analyse consciente et adaptée à la situation posant problème. C'est après deux ou trois années dans le même service que le stade de compétent est acquis. »*

C'est pourquoi pour analyser mes enquêtes, j'ai choisi de partager la population des soignants selon leur ancienneté de travail et leur affectation dans le service. En m'appuyant sur les propos de P. BENNER, j'ai scindé le groupe en mettant la séparation à quatre ans.

TOTAL	Expérience ≤ 3 ans	Expérience > 4 ans
98 PROFESSIONNELS	47 PROFESSIONNELS	51 PROFESSIONNELS

J'ai voulu mettre en évidence ce premier critère afin de savoir si l'ancienneté et donc la performance, allait interférer sur les réponses des soignants. Ces différences ne seraient-elles pas alors des leviers à exploiter pour fidéliser les plus jeunes ?

14.5.2 Les graphiques

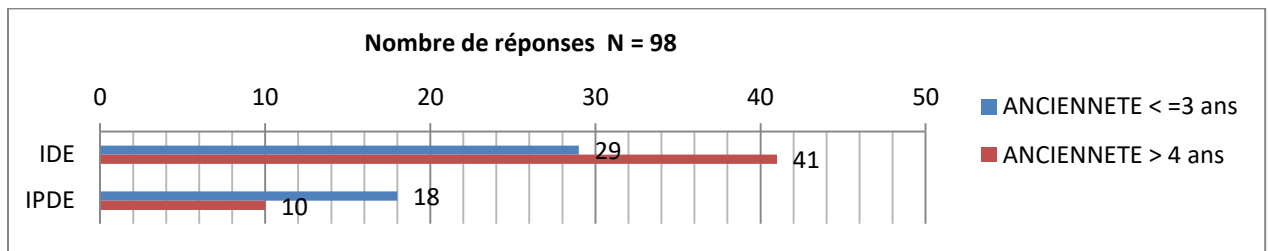
La représentation des réponses se dévoilera sous forme de graphique en barre.

Les barres en bleues représenteront les professionnels avec une expérience inférieure ou égale à 3 ans alors que celles en rouge indiqueront les professionnels avec plus de quatre ans d'expérience dans le service.

En abscisse les valeurs indiquées correspondront aux nombres de réponses perçues. Comme les 98 professionnels sont scindés en deux groupes, les réponses n'atteindront jamais ce nombre.

En ordonnée, apparaitront les questions du questionnaire.

Exemple : Sur 98 professionnels interrogés, il y a 29 IDE et 18 IPDE de moins de 4 ans d'expérience et 41 IDE et 10 IPDE de plus de quatre ans.



14.5.3 Le découpage du questionnaire

Pour que les résultats soient plus lisibles et compréhensifs, j'ai redécoupé le questionnaire qui était déjà construit par rapport à différents thèmes, en sous-thèmes.

- LE PROFIL DES PERSONNES INTERROGEES
- LEUR INTEGRATION
- L'INTEGRATION D'UN NOUVEAU COLLEUE
- LES PROJETS DE SERVICE
- VIE DU SERVICE
 - Progression et valeurs
 - Planning et intérêt

Lors de l'analyse lorsque je citerai mon cadre théorique je le stipulerai en indiquant le chapitre de référence entre « guillemets » et en *italique*.

14.6 Les limites de l'enquête

La limite principale est celle qui se rapporte à l'étude quantitative. S'il est possible de connaître les satisfactions et les pratiques elles n'expliquent pas pourquoi cette situation existe. Mais si pour ce travail seul le résultat des enquêtes interviendra, il m'a tout de même permis d'aborder ce sujet avec un grand nombre de soignants.

De plus pour l'analyse, je me suis rapidement aperçu qu'il fallait connaître « l'histoire » du service à travers son organisation de façon à comprendre et pouvoir expliquer certaines réponses. Pourtant je me suis trouvé parfois limité dans celle-ci avec un manque de précisions pour certaines questions et quelques maladresses. Dans une question je demande si le personnel est « *toujours* » informé et dans mes réponses je leur propose *parfois*...

Le facteur temps et gestion du temps est aussi un critère à prendre en considération. Le mémoire n'étant pas le seul travail écrit de recherche à effectuer au cours de cette année, il m'a parfois été difficile et même contrariant de faire un choix dans les différents travaux.

15 ANALYSE ET CONFRONTATION

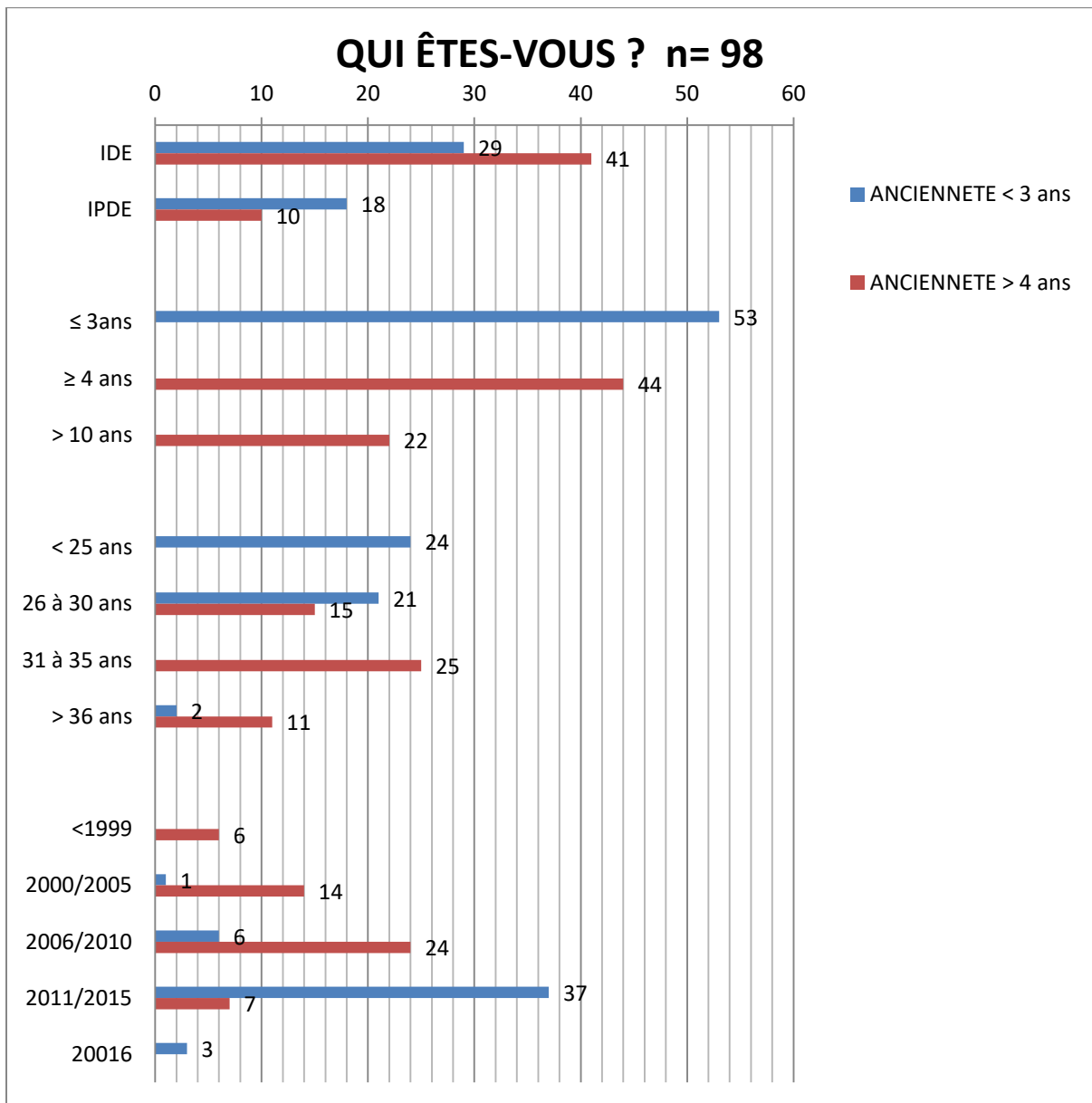
15.1 Profil des personnes interrogées

Dans ma première partie j'ai souhaité faire connaissance avec les professionnels que j'interrogeai, mais aussi connaître le fonctionnement et l'organisation de leur service. C'est pourquoi il m'a fallu interroger les cadres de santé de proximité avant de commencer à analyser l'enquête.

Concernant **leur organisation de travail**, les professionnels effectuent tous, une rotation sur les différentes unités. Pour un hôpital, les secteurs sont planifiés sur les plannings, alors que les deux autres laissent cette organisation aux choix des professionnels.

Les cadres m'ont aussi renseigné sur les rotations de nuits. Deux hôpitaux fonctionnent avec une équipe fixe de nuit, bien que l'un d'eux commence à proposer des cycles de 3 mois de jour et 3 mois de nuit pour les dernières arrivées. Pour un autre, il fonctionne avec une petite équipe fixe de nuit (moins de 15 %) et les autres doivent réaliser 6 mois de nuit par an. Les professionnels ont alors le choix des cycles qui leur conviennent le mieux. Il peut être de 6 mois, de 3 mois, d'un mois sur deux ou par 6 à 8 factions de nuit par mois.

Nous pouvons nous rendre compte qu'à travers ses différentes organisations, l'encadrement qui doit malgré tout respecter des quotas pour le bon fonctionnement du service, propose des alternatives et des choix dans l'organisation du service. **Comme nous avons pu le voir dans « le turnover », les difficultés d'organisations peuvent impacter la décision de quitter le service. La possibilité de laisser une certaine autonomie aux équipes dans leur organisation professionnelle pour essayer de la concilier à leur vie personnelle peut intervenir en faveur d'une fidélisation.**



Les deux groupes

Nous constatons que sur 98 professionnels interrogés leur nombre est équivalent dans les 2 groupes. Ce qui signifie qu'il est vraiment nécessaire de mettre en évidence leurs différences de réflexion, si elle existe.

Nous constatons plus de professionnels spécialisées dans le premier groupe des moins de 3 ans d'ancienneté. Nous pouvons associer ce phénomène à deux faits :

- Le premier, à travers les textes législatifs stipulés dans le chapitre de « *la réanimation* » du cadre contextuel, qui exigent au moins une puéricultrices dans les réanimations néonatales et pédiatriques.
- Le deuxième fait que nous pouvons avancer est en rapport avec « *la formation initiale* » abordée dans le chapitre des compétences dans le cadre conceptuel. La dernière réforme du diplôme ne proposant pas de module spécifique à l'enfant, les professionnels se

dirigeant dans cette voie choisissent la spécialisation de puériculture dès la sortie de l'école.

Leur âge

Au travers de cet état des lieux, nous observons l'âge moyen des 2 groupes. Celui du premier est de 26 ans, alors que celui des plus anciens se situe à 33 ans. La théorie indique que la « génération Y » concerne les individus entre 37 et 22 ans. Ces deux extrêmes peuvent pourtant considérer leur travail de façon différente, chacun pouvant être attiré par la génération précédente ou la suivante. Rappelons aussi que ces chiffres sont une moyenne. Dans les équipes, il y a des personnes beaucoup plus jeunes, et d'autres à l'inverse plus âgées. Dans les personnes interrogées, la plus jeune a 21 ans et la plus âgée 48 ans.

Ces professionnels sont amenés à travailler ensemble, mais comme indiqué dans le cadre conceptuel au niveau de « *la théorie des systèmes* » chaque individu réagit avec ses propres valeurs et va élaborer des stratégies en fonction de buts personnels.

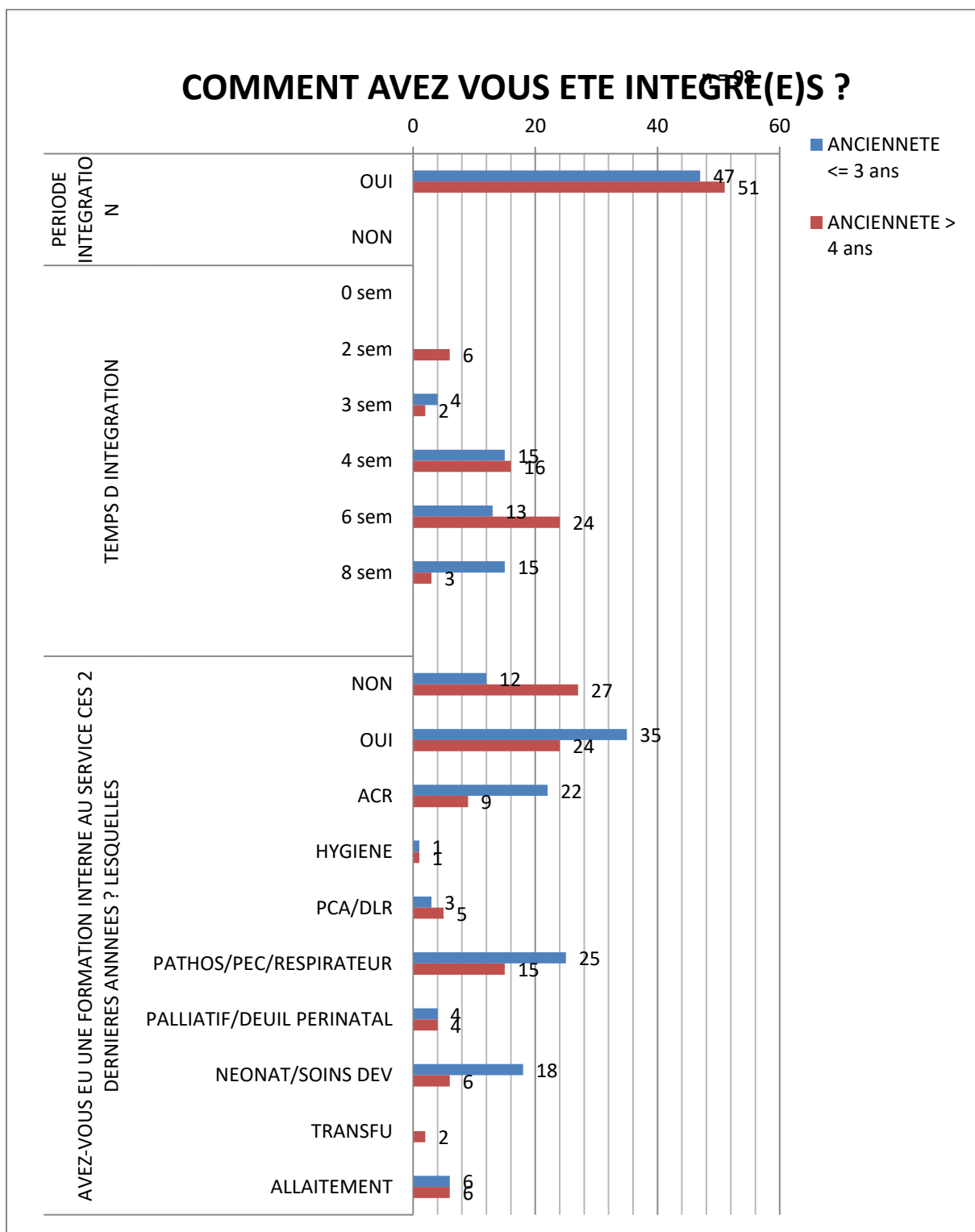
Si, comme vu dans le chapitre consacré à la « *génération Y* », celle-ci souhaite dès son arrivée dans le monde professionnel, concilier leur vie privée avec leur vie professionnelle, les plus âgés les rejoignent en estimant qu'après un certain nombre d'années dans le service, pouvoir bénéficier de « privilèges » comme des « plannings à la carte ». **Nous devons relever cette différence et la prendre en compte pour l'utiliser dans la fidélisation des équipes. Nous pouvons noter aussi ce besoin de reconnaissance mis en avant dans les éléments intervenant dans « *Bien-être* » mais aussi dans les déterminants participant à l'attractivité.**

Leur diplôme

Les années de diplômes sont corrélées à l'âge des professionnels. D'après les résultats, 51 professionnels sur les 98 interrogés ont été diplômés après la réforme de 2009. **Nous devons donc nous appuyer sur la posture réflexive qu'ils ont acquise lors de leur formation pour les aider à devenir compétent à travers les spécificités du service.**

« **La période d'intégration** » est une étape essentielle, comme décrit dans le chapitre qui lui est attribuée aussi bien pour le nouvel arrivant que pour le professionnel qui encadrera. Comme décrit dans le « **rôle et missions d'un cadre de santé** », agir lors d'un recrutement, mettre en place une politique d'accueil et prévoir le parcours d'intégration des nouveaux professionnels est un levier fort que peut mettre en place un cadre de santé. Identifier des tuteurs de stage. Prévoir un allègement du nombre d'enfant permettra aussi une reconnaissance du surplus de travail engendré par ce tutorat. Mais aussi individualiser l'intégration en le personnalisant au parcours professionnel du nouvel arrivant.

15.2 Votre intégration



J'ai souhaité cette question sur l'organisation de leur intégration afin de savoir si en plus de son existence, elle était identique d'un groupe à l'autre. Est-ce qu'il y a quatre ans cette période d'intégrations étaient appréhendée de la même façon et, si cette période comprenait des formations spécifiques.

Quelle est la durée d'intégration ?

Nous pouvons constater que toutes les personnes interrogées ont pu bénéficier d'une période d'intégration mais que **la durée variait**. Il n'y a pas de prédominance pour le groupe des dernières arrivées, la période d'intégration varie de 4 à 8 semaines, alors que pour les professionnels intégrés il y a plus de 4 ans celle-ci était majoritairement de 6 semaines. L'organisation de l'intégration des nouveaux professionnels a donc été **réévaluée et adaptée à l'organisation** de chaque établissement.

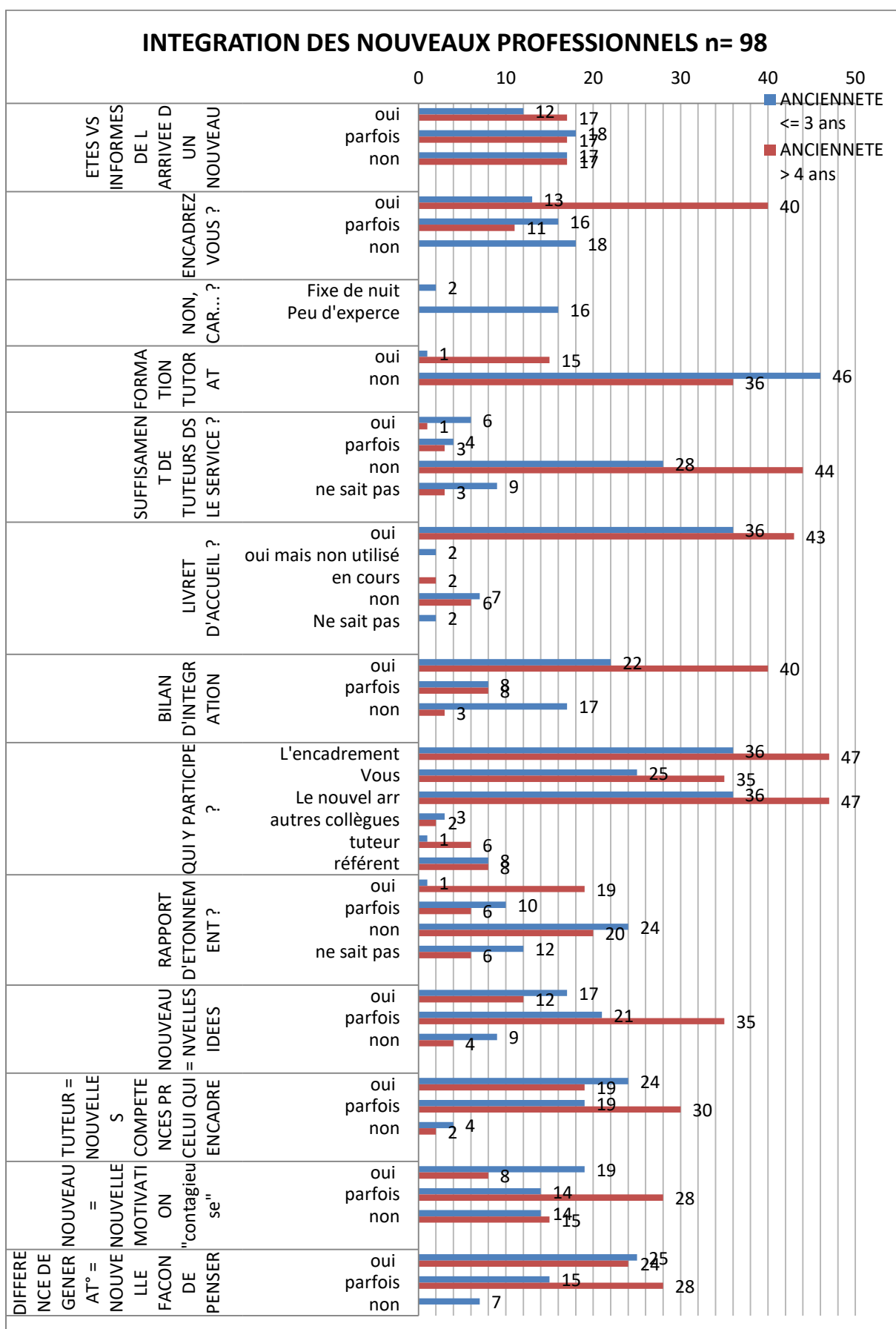
Comme cité dans le cadre conceptuel, dans le chapitre dédié aux compétences, la direction générale de l'offre de soins (ancienne DHOS) reconnaît par la circulaire 2003/413 du 27 août 2003, la nécessité d'une *formation d'adaptation à l'emploi* au vu de la *spécificité de la prise en charge des patients admis en réanimation*. Si tous les professionnels bénéficient d'une période d'intégration, son organisation tant par la durée que son contenu est variable d'un établissement à l'autre.

Quel est son contenu ?

Toutes les personnes interrogées n'ont pas bénéficiées de formations spécifiques à la réanimation. Malgré tout, il apparaît avec une majorité de professionnels de moins de 4 ans d'expérience ayant participé aux formations, une **volonté** de l'encadrement médical et paramédical de mettre en place des **formations institutionnelles** avec des cours théoriques et des ateliers. Les formations sur l'arrêt cardio respiratoire, les appareils d'assistance ventilatoire ou les différentes prises en charge des pathologies les plus courantes étant données par des professionnels du service.

Au vu de ces réponses et en parallèle du chapitre sur « *rôle et missions du cadre de santé* » de mon cadre conceptuel, nous pouvons mettre en avant l'intérêt de préparer ces encadrements par un parcours proposant des réponses aux spécificités du service de réanimation. Je me permets de rappeler comme l'indique le chapitre sur la formation initiale que la pédiatrie comme la réanimation sont très peu abordées lors de ces 3 années et qu'il est nécessaire pour acquérir « *compétences* » et faciliter leur intégration de les aider en ce sens en prévoyant cette organisation. Cette organisation peut être aussi l'œuvre d'un projet de service qui comme vu dans le chapitre lui appartenant ne pourra qu'être mieux porté et aboutit s'il est proposé par des professionnels qui se sentiront alors investis de cette mission, pouvant leur procurer ainsi une reconnaissance supplémentaire, un intérêt à leur travail et la recherche d'un travail de qualité. Ceci étant des éléments intervenant dans la fidélisation.

15.3 L'intégration des nouveaux professionnels



En abordant ce thème, j'ai souhaité percevoir le ressenti d'un encadrement, son organisation, et mettre en évidence ce que les nouveaux professionnels pouvaient apporter. Dans le chapitre sur « *La compétence* », nous pouvons lire dans « *La période d'intégration* » que celle-ci contribue à la fidélisation.

L'information de l'arrivée d'un nouveau professionnel

La question concernant l'information de l'arrivée d'un nouveau professionnel appuie le cadre conceptuel sur deux points :

- Pour les professionnels en place, dans le chapitre sur « *Le travail en équipe* », « *la théorie des systèmes* » mentionne l'**intérêt** pour une équipe de partager des **valeurs communes** et notamment la communication et la circulation de l'information pour que celle-ci fonctionne ensemble et de façon cohérente.
- Pour les nouveaux professionnels, cette question appuie un des éléments mentionné dans le concept relatif au « *bien être au travail* ». Le fait d'avoir un parcours pré établi, d'être attendu fait partie des éléments de satisfaction pour une **qualité de travail**.

Les réponses à la première question montrent que lorsque nous additionnons les deux groupes et ceux qui sont informés parfois, ou systématiquement, elle concerne 64 professionnels sur 98, (Soit 65 %).

Nous pouvons observer une différence de cinq réponses en faveur des professionnels les plus expérimentés.

Ici intervient toute la **difficulté de la communication** et de réussir à faire passer des informations dans de grandes équipes, accentué par le rythme des 12 heures et des cycles de nuits pour certains services. Ces résultats ne veulent pas forcément dire que l'équipe d'encadrement n'informe pas de l'arrivée de nouvel agent, mais peut-être que le moyen d'information n'est pas forcément visible ou que les soignants ne pensent pas forcément à vérifier l'affichage ou le moyen de communication mis en place.

L'organisation de l'intégration

Ensuite les questions nous amènent à comprendre l'organisation de cette période en mettant en évidence les professionnels qui encadrent et les moyens existants pour la faciliter. Comme stipule la partie relative à « *la période d'intégration* » dans le chapitre sur « *La compétence* », l'**intérêt** de ce processus est **multiple** et agira non seulement sur le turnover mais aussi sur la validation des compétences et l'intégration du nouvel arrivant dans l'équipe, « *plusieurs raisons justifient l'intérêt de mettre en place un processus d'intégration des nouveaux embauchés* :

- *Eviter le turnover*
- *Valider l'embauche en situation réelle*
- *permettre au nouvel embauché de trouver sa place. »*

Qui encadre ?

80 des professionnels confondus sur 98 (soit **86 %**) **encadrent** les nouveaux arrivants. Toutes les personnes interrogées du groupe des plus expérimentés encadrent. Dans celui des jeunes professionnelles, elles sont en cumulant les réponses du *OUI* et du *Parfois*, 29 sur 49, soit plus de 59% à encadrer les nouveaux professionnels. C'est leur peu d'ancienneté et le manque d'expérience dans le service est qui explique leur impossibilité à former.

Quels sont les outils pour encadrer ?

La formation sur le tutorat concerne 16 professionnels sur 98 (soit **16 %**) **qui sont formés** dont un seul du groupe des professionnels les plus récents. 72 professionnels sur 98 (soit 73 %) estiment que ce n'est pas suffisant, dont 44 sur 51 professionnels du groupe des plus expérimentés. Ce qui signifie qu'ils ressentent un véritable manque.

Les livrets d'accueil sont majoritairement connus par l'ensemble des professionnels. Deux professionnels nouvellement arrivés disent qu'il n'est pas utilisé. Ces livrets d'accueil ou livret d'adaptation à l'emploi sont, comme indiqué dans le cadre théorique « *période d'intégration* », **recommandés** par les sociétés savantes de réanimation pour aider à l'intégration.

Le bilan d'intégration est majoritairement connu des plus expérimentés, mais sur le groupe des 47 professionnels nouvellement arrivés 17 (soit 36 % d'entre eux) disent qu'il n'existe pas. C'est pourtant ces professionnels qui l'ont expérimenté le plus récemment. Nous pouvons alors nous demander s'il est réellement proposé. Lorsqu'il est fait, il se passe entre le nouvel arrivant, le cadre de proximité et la personne qui encadre.

Le rapport d'étonnement est un outil connu de l'encadrement. Beaucoup d'ID(P)E m'ont avoué qu'ils avaient recherché sa signification. 36 sur 98 (soit 36 %) tout personnel confondu répondent qu'il existe.

Que peuvent apporter les nouveaux professionnels ?

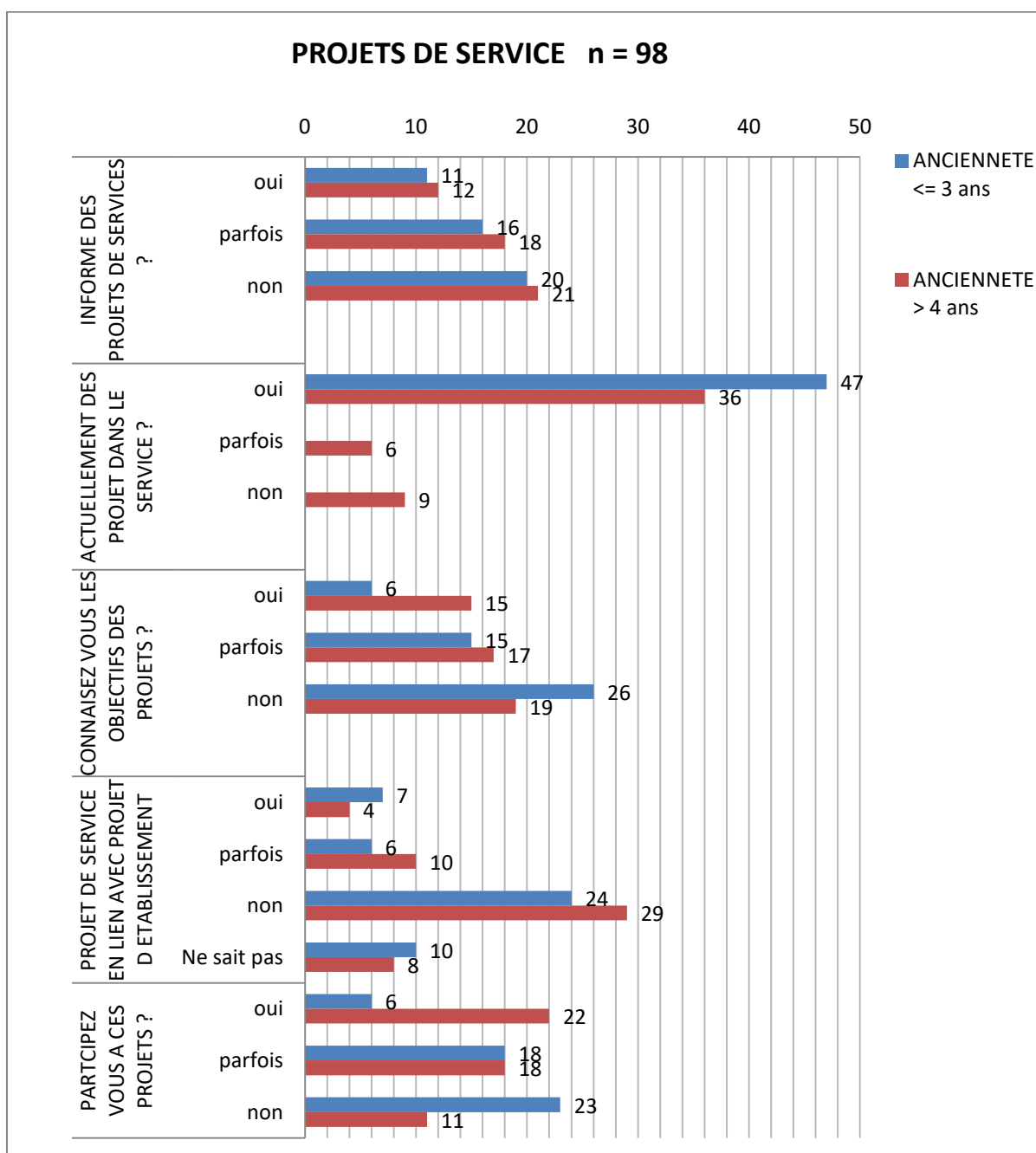
J'ai souhaité mettre en évidence qu'une intégration n'était pas à sens unique mais pouvait devenir un partage et une remise en question de ses pratiques professionnelles. Pour ces questions, j'ai fait l'erreur d'inclure « PARFOIS » dans les réponses, ce qui donne les résultats assez difficile à lire.

Nous pouvons tout de même constater qu'un nouveau professionnel peut :

- par de nouvelles idées redynamiser l'équipe en place,
- faire émerger de nouvelles compétences chez celui qui encadre et se découvre pédagogue par exemple,
- remotiver les équipes par l'intérêt qu'il apporte à son nouveau poste
- par la différence de génération, apporter une vision différente.

Et sur ce dernier point, le groupe des professionnels les plus expérimentés ont tous coché OUI ou PARFOIS, ce qui signifie qu'il y a une différence générationnelle à prendre en compte.

15.4 Les projets de service



« Les projets de service », comme étudiés dans le chapitre qui leurs sont attribués, permettent d'unir une équipe vers des objectifs communs, préalablement travaillés ensemble, en amont, et que toute l'équipe devra respecter.

L'information des projets de service

41 professionnels sur 98 (soit 42 %) disent ne pas être informés des projets de service. Comment sont **communiqués** les projets de service ? Est-ce que c'est un défaut d'information de la part de l'encadrement ? Est-ce un défaut de curiosité de la part des professionnels en place ?

Tous les professionnels dernièrement arrivés savent qu'il ya des projets en cours dans le service. Mais 15 des professionnels les plus anciens sur 51 (soit 30 % du groupe des plus expérimentés)

ont des doutes ou certifient le contraire. Pour avoir échangé avec les cadres de proximité, les trois services interrogés ont des projets en cours. Cette méconnaissance est-elle le signe d'un désintéressement, d'une **perte de motivation** de la part de ces professionnels ?

Projets de service et institution

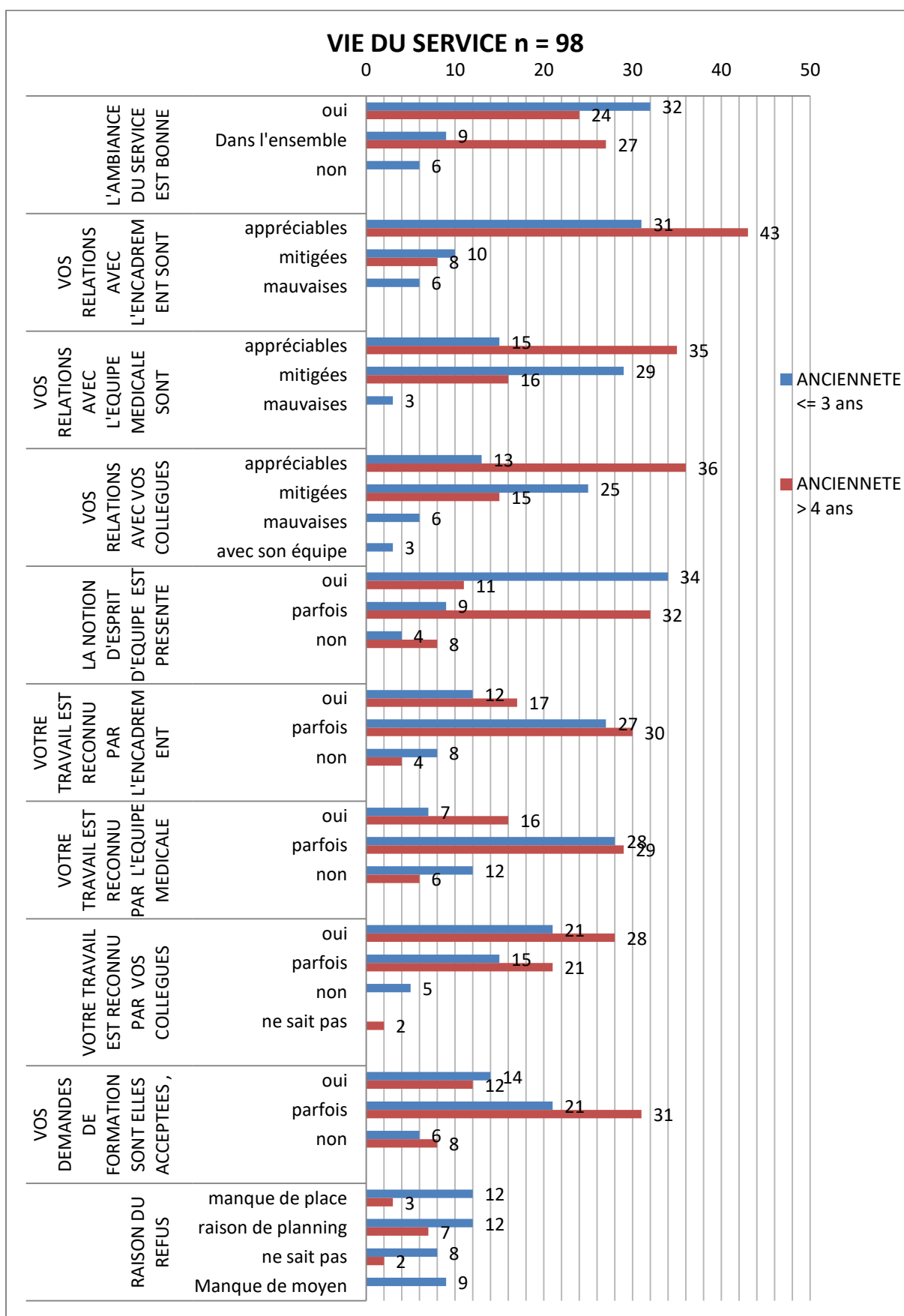
Exposé dans le cadre contextuel dès le premier chapitre dans « *L'évolution du système de santé* » les **projets de service peuvent émaner de l'institution** elle-même et faire partie d'un projet du pôle, voir avec les GHT d'un désir de travailler de façon commune pour plusieurs établissements. Les réponses sont aléatoires même si la première impression indiquerait que les projets de service ne sont pas seulement qu'institutionnels.

Votre participation aux projets de service

Nous constatons que 44 professionnels sur 98 (soit **45%**) **ne participent pas aux projets**. Plus de la moitié de ces professionnels concernent des jeunes recrues. Est-ce dû à un manque d'expérience, de reconnaissance, de place dans l'équipe ? Mais dans ces 44 professionnels ; 11 font partie des plus expérimentés. Pourquoi ne participent-ils pas ? Est-ce un manque d'investissement ou d'intérêt pour les projets en cours ?

Comme vu dans le chapitre sur « *la notion d'appartenance* » les projets de services sont l'aboutissement d'un travail d'équipe qui ne peut s'effectuer que si les professionnels ont un sentiment d'appartenance à cette équipe faisant appel à différentes valeurs.

15.5 Le bien-être au travail à travers de la vie du service



La qualité de vie au travail abordé dans le chapitre sur « *le bien être au travail* » est sensible à plusieurs éléments relatifs à la vie du service et contribue à la fidélisation.

L'ambiance et les relations

Concernant les réponses sur l'ambiance et les relations, quelles soient avec l'encadrement, l'équipe médicale ou leurs pairs, elles **sont essentiellement positives ou mitigées**. Malgré tout, il faut souligner que les des réponses négatives appartiennent qu'aux professionnels dernièrement arrivés.

L'esprit d'équipe

Nous constatons **une grande différence entre les deux groupes**. Est-elle due à l'ancienneté dans le service ou aux différences de génération ? Si les plus jeunes sont persuadés que cette notion est bien présente (avec 34 OUI sur 47 professionnels de moins de 4 ans dans le service), les plus expérimentés en doute (avec dans les réponses 32 PARFOIS sur 51 professionnels de ce groupe).

la reconnaissance au travail

La reconnaissance professionnelle fait partie d'un processus de **valorisation** qui est un des éléments intervenant dans le « *bien être au travail* ». Les réponses sont sensiblement les mêmes quelque soit la catégorie du groupe à laquelle les professionnels appartiennent. Malgré tout, la reconnaissance professionnelle par l'encadrement et l'équipe médicale restent difficile pour quelques professionnels et ceci dans les deux groupes.

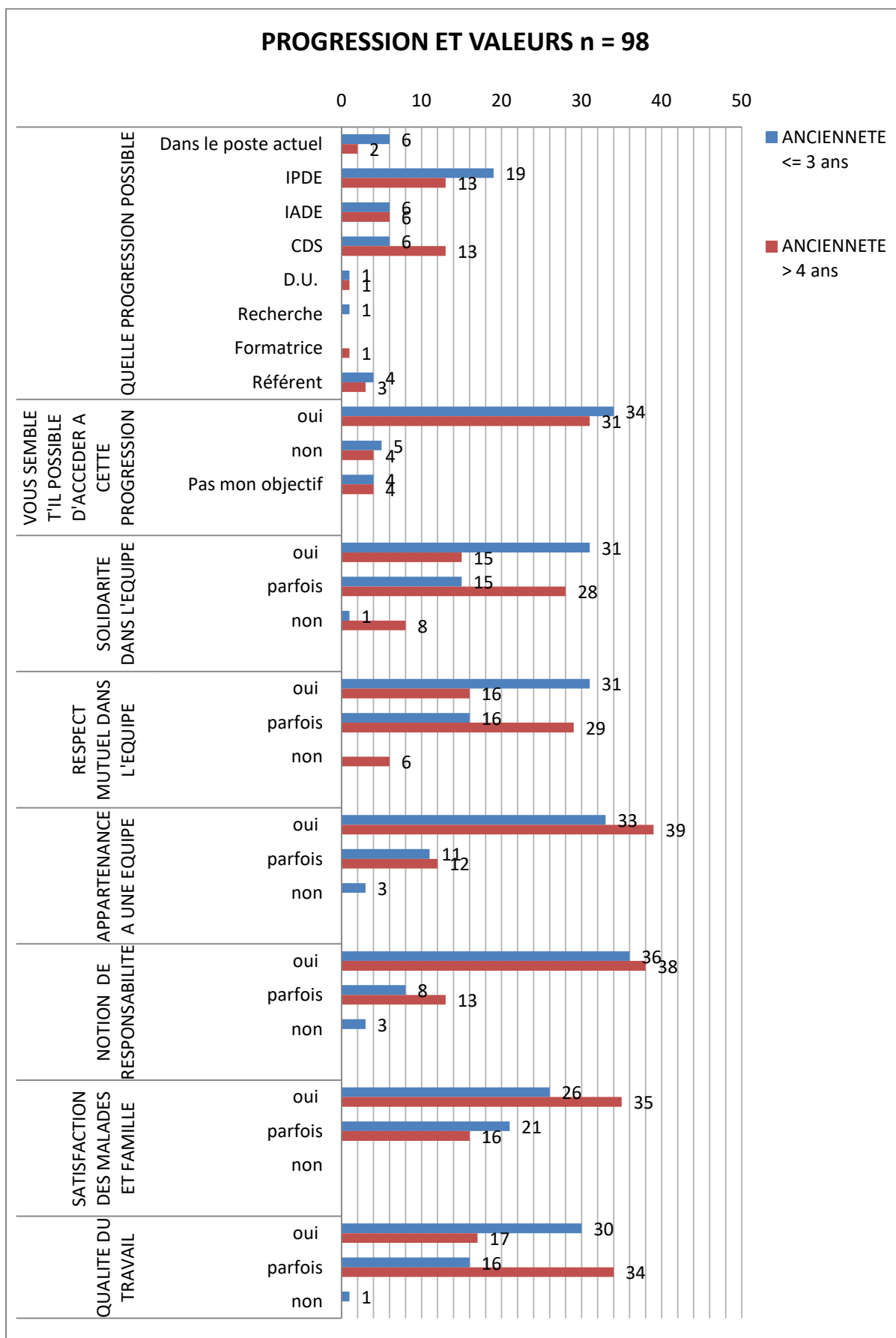
Le développement des compétences

Le développement des compétences au travers des formations professionnelles **contribue à la fidélisation**, à la motivation, aide à l'intégration et au bien-être au travail.

Les formations sont majoritairement acceptées. Pour tout personnel confondu, elles sont plus ou moins acceptées pour 78 d'entre eux. Lorsqu'elles sont refusées, tant pour un groupe que pour l'autre c'est avant tout par manque de place, pour raison de planning ou raison budgétaire.

Le management doit prendre en compte l'intelligence collective et préserver des espaces de libertés et d'autonomie afin de favoriser l'accomplissement professionnel. Vu dans « La notion d'appartenance », le collectif joue un rôle important dans la régulation des difficultés liées au travail. La qualité de vie au travail dans le chapitre sur le « *bien-être* » est un enjeu majeur de la performance du système de santé et de fonctionnement des établissements de santé.

15.6 Les progressions et les valeurs professionnelles ?



le parcours professionnel

Dans le cadre théorique, nous avons pu prendre connaissance dans le chapitre sur « *Le bien-être au travail* » des éléments pouvant intervenir sur ce concept. En faisant partie de ces éléments, le développement des compétences intervient sur la fidélisation. C'est pourquoi, j'ai souhaité rechercher par quel biais les professionnels pouvaient progresser en proposant cette question de façon ouverte et, s'ils avaient la possibilité d'accéder à cette progression.

Toutes les personnes interrogées n'ont pas répondu à cette question. Dans le groupe des professionnels arrivés dernièrement 43 sur 47 ont répondu et dans le deuxième groupe, ils sont 39 sur 51 à l'avoir fait.

12 des plus jeunes dans la profession et 7 des plus anciens, souhaitent progresser dans leur poste actuel et proposent la participation à un D.U., à un projet de recherche qui peut s'effectuer par le biais d'un PHRIP ou à un poste de référent.

A proposition égale dans les deux groupes, a été mentionnée la spécialisation d'infirmier anesthésiste.

Les plus jeunes sont davantage intéressés par la spécialisation de puériculture, alors que les professionnels les plus anciens se dirigeraient vers la fonction de cadre de santé.

Pour la grande majorité (65 sur les 82 professionnels qui ont répondu), ces progressions sont atteignables. A proportion égale dans les deux groupes, 8 professionnels ont manifesté l'impossibilité d'accéder à cette progression car ce n'était pas leur désir. 9 autres ne se sentaient pas en capacités d'atteindre ces progressions

Par ces réponses, nous pouvons observer que la majorité des professionnels cherchent à améliorer et à progresser dans leurs compétences. Ce qui malgré tout ne fidélise pas toujours les équipes car les spécialisations d'infirmier anesthésiste ou la fonction de cadre de santé les amèneraient à changer de service.

les valeurs

Comme vu dans le chapitre abordant « *la notion d'appartenance* », travailler en équipe, appartenir à un groupe pour développer ses compétences ne peut se faire qu'à travers le partage de valeurs communes.

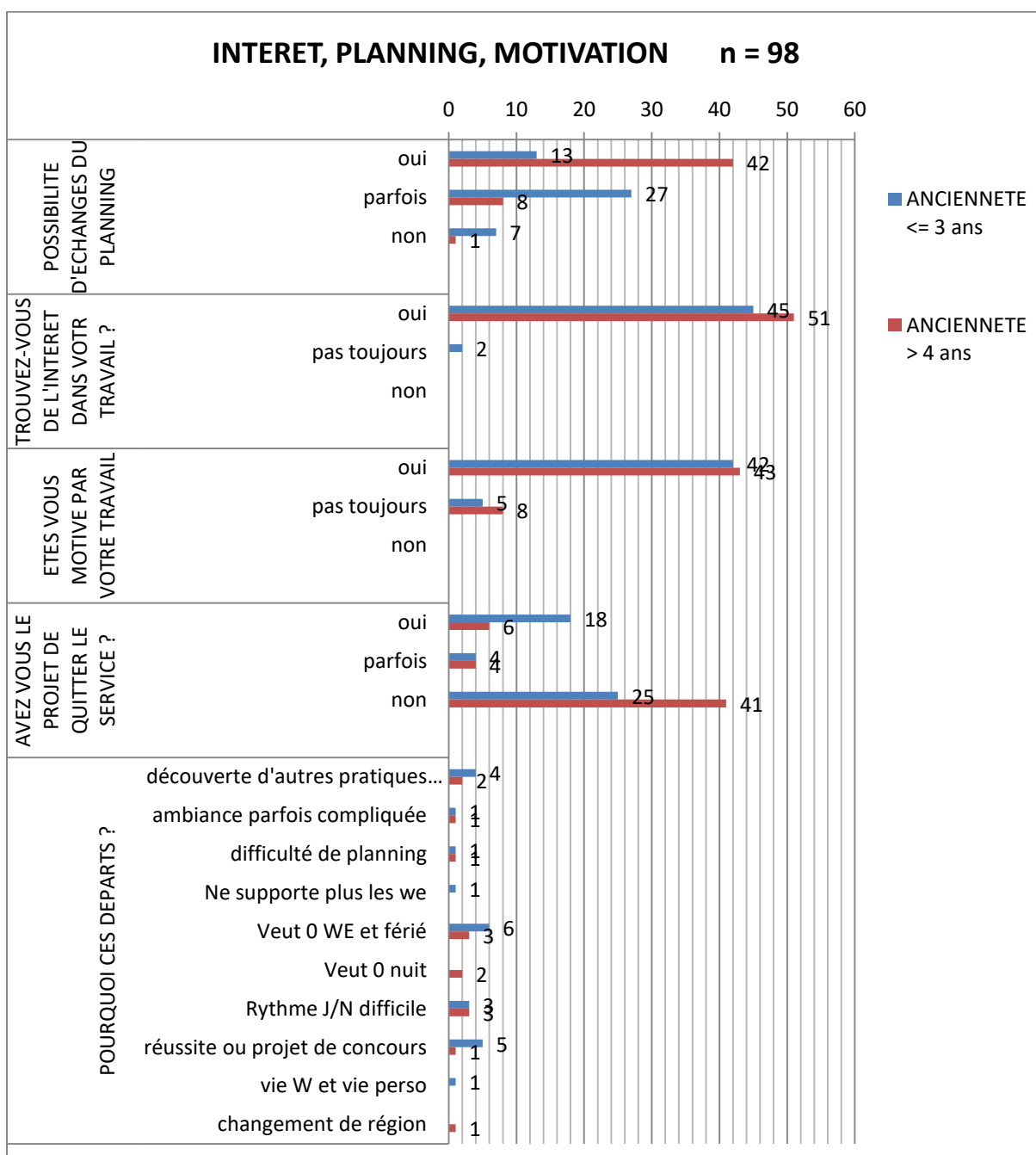
Selon l'ancienneté des professionnels, la *solidarité* et le *respect* sont vécus différemment. Les plus jeunes pensent à grande échelle, que ces deux valeurs sont présentes au sein des équipes, alors que les plus anciens sont beaucoup plus mitigés et certains sont même catégoriques en indiquant l'absence de la *solidarité* et du *respect* entre eux.

Ensuite, pour les valeurs soulignant *l'appartenance à une équipe* et *la notion de responsabilité*, j'ai choisi de les regrouper car les deux groupes ont répondu de façon similaire à ces deux questions. La majorité des professionnels interrogés adhèrent à ces deux valeurs. Malgré tout nous observons 3 réponses de professionnels récemment arrivés qui expriment leurs difficultés à s'intégrer et 3 réponses négatives toujours de leur part, pour la notion de responsabilité.

En ce qui concerne *la satisfaction du patient et de sa famille*, tous les professionnels sont unanimes et se sentent concernés.

Comme nous avons pu le lire dans le cadre conceptuel, la *qualité du travail* se trouve appartenir davantage à la notion de la motivation et du bien-être avec l'importance d'un travail mené à terme et de façon satisfaisante. Je souhaitais savoir si les professionnels interrogés étaient satisfaits de leur travail réel. Le groupe des professionnels les plus récents sont globalement satisfaits alors que les professionnels les plus expérimentés sont beaucoup plus mitigés.

15.7 Intérêt, planning et motivation



Les contraintes de planning et l'intérêt au travail font comme nous avons pu le lire dans les concepts, partis des éléments de motivation qui ont à un rôle fondamental dans la fidélisation des équipes.

Les difficultés de planning sont mises en évidence notamment par le groupe des professionnels arrivés dernièrement qui sont 34 contre 9 du groupe des plus anciens à affirmer avoir des difficultés majeures à effectuer des échanges de planning.

Quasiment la totalité des professionnels trouvent de l'intérêt dans leur travail puisque seul 2 professionnels du groupe des plus récemment arrivés ont répondu « *pas toujours* ».

Parmi les professionnels interrogés, c'est le groupe des plus récemment arrivés avec 42 réponses sur 47 (soit 89 %), qui sont les plus motivés par leur travail contre 43 sur 51 (84 %) pour le deuxième groupe. Mais quand je leur demande s'ils pensent quitter le service, ce sont 18 des plus jeunes qui se sentent concernés en répondant par l'affirmative contre 6 du deuxième groupe.

Sur les 37 motifs donnés par les professionnels des deux groupes, qui souhaitent partir, 20 évoquent des raisons de planning ne permettant pas ou plus une conciliation satisfaisante avec leur vie personnelle. Et 12 évoquent la découverte d'autres spécificités dont la réussite à des concours.

CONCLUSION DE L'ANALYSE

Cette enquête souligne encore aujourd'hui l'exactitude des éléments contribuant à la fidélisation.

Ils peuvent être :

- organisationnel en impactant le bien-être des professionnels au travers des plannings et de l'équilibre avec leur vie personnelle mais aussi de l'organisation des prises en charges plus en adéquation avec leurs compétences,
- relationnel avec les manques d'information, d'intégration, de formation, de valorisation, de reconnaissance, de valeurs communes...
- individuel quand il y a une perte d'intérêt, de motivation et d'implication dans le service.

Nous pouvons relever aussi quelques décalages entre les deux groupes de professionnels auxquels nous pouvions nous attendre. Des discordances de valeurs, une appartenance au groupe difficile malgré une ambiance générale et des relations entre les uns et les autres correctes. Ces grandes équipes doivent apprendre à travailler ensemble. Le cadre de santé doit travailler individuellement avec les personnalités de chacun mais aussi avec le collectif.

Nous avons vu l'importance dans le cadre conceptuel de réussir à instaurer un climat de confiance et de reconnaître l'importance du travail accompli. Il me paraît évident que la fidélisation passe par la bientraitance institutionnelle que l'on retrouve aussi bien dans le management que dans les ressources humaines que matérielles ou dans l'accompagnement des individus tant soignants que soignés. Popielski, directeur des soins l'illustre par ces propos : « *la responsabilité des cadres vis-à-vis des personnes qu'ils encadrent est claire. L'estime de soi est un moteur dans l'adaptation. Elle permet l'ouverture à l'autre dans sa différence. Aussi, faut-il dans le management, concevoir collectivement, être à l'écoute, chercher le sens,...oser le plaisir.* »⁸⁶

Cette enquête met en évidence 6 domaines d'intervention à prendre en compte pour la fidélisation des équipes.

- **L'organisation du travail**, planning, ambiance
- **L'intérêt au travail**, implication, appartenance à un groupe
- **Construire des motivations**, formation, projets de service, PHRIIP...
- **La reconnaissance professionnelle**, valorisation
- **Des formations, concours, DU...**
- **Une bonne ambiance de travail**, solidarité

L'APPORT DU TRAVAIL

Ce questionnaire m'aura permis d'aborder ce sujet avec différents cadres de santé et professionnels paramédicaux. J'ai pu ainsi mettre en évidence ce problème réel et récurrent. Ce travail m'a permis d'effectuer une introspection et un « check-up » sur les concepts de la fidélisation. Il provoque une véritable prise de conscience sur la nécessité de prendre en compte ces différents paramètres qui interviennent sur la fidélisation d'une équipe et qui interfèrent sur bien d'autres éléments

⁸⁶ POPIELSKI Jean-François, Directeur des soins à l'EPS Erasme à Antony. Comment donner du sens au travail des cadres de santé dans un contexte incertain et complexe ? Soins cadres n°77 pages 24-26.

comme le bien-être, la motivation, la gestion des ressources humaines, les formations et bien d'autres encore.

J'ai énormément apprécié aller au contact des professionnels pour recueillir leurs avis. Les professionnels apprécient que l'on s'intéresse à leur ressenti. Beaucoup d'entre eux m'ont demandé le résultat de mon enquête. J'ai donc fait un retour à leur cadre de santé puis aux personnes qui m'avaient sollicitée. Et après concertation avec le cadre de santé, nous avons affiché les résultats concernant leur service.

Ce thème était il y a plus de 30 ans déjà d'actualité. Aujourd'hui, les professionnels en burnout se suicident. La fidélisation au travers du bien-être des professionnels, pour éviter les troubles psycho-sociaux, mais aussi et avant tout pour un travail de qualité pour que les malades bénéficient d'une prise en charge efficiente.

LIMITE DU TRAVAIL

Il est difficile de ne pas interpréter selon ses propres représentations. Il m'a été très difficile de commencer ce travail car j'ai mis beaucoup de temps à le cibler.

Davantage d'expérience ou de connaissance dans la façon de mener une enquête et une analyse m'aurait permis des réponses plus fines et peut-être plus approfondies.

Ce recueil de données m'a permis d'éclairer ma problématique. Mais le thème est tellement vaste que je pourrais encore le traiter différemment. Il y a tellement d'autres thèmes qui rentrent dans cette problématique. On pourrait faire un mémoire sur chaque concept et y rajouter : les 12 heures, faut il des équipes fixes de nuit, la gestion des risques, PHRIP.....

Une petite frustration par rapport à l'enquête qualitative ou il manque réellement des échanges. J'apprécie prospecter et recueillir de nombreux témoignages est pour moi beaucoup plus parlant liées les deux formes d'enquête pour que les professionnels s'expriment serait encore plus probant.

CONCLUSION

La rédaction de ce mémoire nous a permis d'appréhender la démarche de recherche et de développer une thématique présentant une sensibilité particulière ayant une résonnance à nos yeux. S'interroger sur les répercussions du turnover et la possibilité de fidéliser une équipe se voulait en adéquation avec l'exercice d'une future fonction de cadre de santé. La finalité de ces investigations était de resituer les responsabilités et les actions du cadre de santé pour servir les compétences de chacun afin de proposer un travail de qualité en faveur de l'enfant malade et de sa famille.

Le turnover est un phénomène contextuel très fréquent dans les services de réanimation infantile. Si les déterminants socioculturels, générationnels ou géographiques peuvent l'expliquer, il reste un problème important pour ces services.

La fidélisation s'inscrit dans une triade comportant l'individu, l'équipe et l'organisation. Le cadre de santé ne constitue pas dans sa mission de manager l'unique garant de la fidélisation. Il mobilise des ressources humaines mais également institutionnelles et structurelles. Seul, il ne peut optimiser la mise en œuvre de la fidélisation des équipes.

Le cadre de santé peut agir sur des déterminants individuels et collectifs, par sa bienveillance peut participer au bien-être de son équipe mais également à l'efficacité des prises en charge de soins. Malgré tout, chacun a un rôle à jouer et la fidélisation ne constitue pas l'objectif premier mais le reflet d'une organisation optimale de l'unité de soins. « Œuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller loin », cette citation de Walter Hesbeen résume le partage, la force et la cohésion nécessaire pour cette réussite

Le cadre de santé est garant, certes, d'une organisation rigoureuse, mais il peut par sa posture impulser une manière d'être ou de ne pas être en fonction de ses convictions. Si sa posture remplit des fonctions contenant et apaisantes l'équipe y sera sensible et pourra exercer dans un climat plus serein.

L'amélioration des conditions de travail, la conciliation de la vie professionnelle et personnelle, tout en préservant l'intérêt du fonctionnement collectif et la qualité des relations constituent des critères sur lesquels le cadre de santé a un réel impact. Il ne pourra malgré tout pas empêcher le départ régulier des professionnels expérimentés ou nouvellement arrivés. La gestion des ressources humaines tant sur les effectifs que sur les compétences est non seulement une des principales missions du cadre de santé mais aussi une des conditions de réussite des soins. Encourager, former, valoriser, et intéresser sont les maîtres mots pour fidéliser le personnel.

Si, le cadre de santé ne peut empêcher ces départs, il faut malgré tout s'y préparer. Veuillez à ce que le personnel en place ne sature pas, mais aussi à la compétence de chacun, notamment dans les services de réanimation. Le remplacement par des professionnels du SICS ou par des vacataires n'est pas possible. La complexité de la réanimation, où les infirmier(e)s progressent dans leurs « savoirs » mais sans reconnaissance de leurs compétences ou au contraire mal préparées s'y « perdent » et partent, où seul les médecins ont un enseignement dédié à cette spécialité, où malgré les périodes d'intégration mises en place (différentes d'un hôpital à l'autre) l'adaptation peut être difficile.... A quand, pour plus de sécurité dans les soins, les spécialisations et les diplômes pour ces infirmières désireuses d'être reconnues, de s'investir, et d'acquérir des connaissances supplémentaires?

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

De novice à expert excellence en soins infirmiers, BENNER Patricia, Paris, Ed Masson, 2005, 253 p

L'idéologie, BOUDON Raymond, Paris, Ed. Fayard, 1991

Gestion prévisionnelle et préventive des emplois des compétences en milieu hospitalier, RAOULT N., Paris, Ed L'Harmattan, 1991, 225p

Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse, TORPEUR S. et D'HOORE W., Ed Masson Fonction cadre de santé, 2009, 243 p

La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles. DUBAR C. Ed Armand Colin, 1996, 276 p

Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants ; ESTRYN-BEHAR M., VAN DER EIJDEN B., FRY C., HASSELHORM HM. ? recherche en soins infirmiers, 4/2010 (N°103)

Entre cure et care, les enjeux de la professionnalisation infirmière ; ROTHIER BAUTZER E., collection fonction cadre de santé – série gestion des ressources humaines, Ed. lamarre, wolters kluwer, août 2012, 310 pages

ARTICLES

« Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », BRUNELLE Y., Pratiques et Organisations des Soins 2009/1(Vol 40), p.39-48.

« Vécu psychologique des soignants en réanimation : une étude exploratoire et qualitative » CHAHRAOUI, K; BIOY, A; CRAS, E; GILLES, F; LAURENT, A; VALACHE, B ...(plus) : Annales françaises d'anesthésie et de réanimation, 2011, Volume 30, Numéro 4, pp. 342 – 348

« Vers une opérationnalisation de la notion de posture professionnelle en pédagogie universitaire », DESCHRYVER Nathalie et LAMEUL Geneviève Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur [En ligne], 32-3 | 2016, mis en ligne le 20 décembre 2016, consulté le 09 mars 2017.

« Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail », FRAY Anne-Marie, PICOULEAU Sterenn, Management & Avenir, 8/2010 (n° 38), p. 72-88.

« la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail ». Par Rapport Nasse Legeron : Rapport de mars 2008 sur Philippe Nasse et Patrick Légeron

« Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales » - DRASS-ARHIF- Référentiel d'aide à l'élaboration et à l'autoévaluation de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels – juin 2008

« L'implication affective chez les soignants : l'étude des effets tensions du travail, du burnout et du soutien social du management intermédiaire et de l'équipe » RUILLER Caroline An. : Psychologie du travail et des organisations [1420-2530] 2012 Vol. : 18 iss : 4, p. 346-367

« Pour faire de la mobilité une bonne affaire » SAN JULLIAN Mireille : revue Objectif soins décembre 2000 n° 91 p11

« La formation des IDE de réanimation » Dr LEPAPE Alain Soins critiques CHU Lyon Sud 2011

COURS

« Politique de santé » - LETOURNEAU D. : Master Management des Organisations Soignantes - 2017

WEBOGRAPHIE

4 novembre :

<http://www.someplexe.org/lhopital-magnetique/>

<http://www.ledevoir.com/societe/sante/295220/un-hopital-en-sante-c-est-possible>

http://hpl13.organizerscongress.ch/downloads/presentationen/Workshop4_YvonneHuber_frz.pdf

20 février :

<http://www.e-rh.org/index.php/blogs/l-impact-des-tic-sur-la-fonction-rh/215-i-definition-et-enjeux-de-la-mobilite-interne-pour-les-entreprises>

<http://www.editions-tissot.fr/droit-travail/dictionnaire-droit-travail.aspx>

08 mars

<http://www.weka.fr/sante/dossier-pratique/gerer-le-personnel-medical-et-hospitalier-dt45/l-organisation-interne-des-etablissements-publics-de-sante-l-organisation-en-poles-d-activite-4620/>

<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/appartenance>

http://archives.lesechos.fr/archives/cercle/2013/02/12/cercle_65392.htm

le 13 mars

¹ <https://www.ars.sante.fr/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

ANNEXES

ANNEXE I : Chapitres du Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation

ANNEXE II : ARTICLES R.6123-39 A R.6123-53 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

ANNEXE III : Enquête exploratoire

ANNEXE IV : Enquête sur la fidélisation

ANNEXE I

REFERENTIEL DE COMPETENCES DE L'INFIRMIERE DE REANIMATION⁸⁷

Chapitres du Référentiel :

- Accompagnement d'un patient en situation de détresse vitale et de ses proches
- Patient en situation d'insuffisance circulatoire
- Patient en situation d'insuffisance respiratoire aigue
- Patient en situation d'insuffisance rénale aigue
- Patient en situation de défaillance neurologique (agitation incluse)
- Le patient sédaté
- Le patient polytraumatisé
- Nutrition du patient de réanimation
- Installation et transport du patient de réanimation
- Le patient en fin de vie en réanimation
- Le patient en situation de prélèvement multi-organes
- Prévention du risque infectieux nosocomial chez le patient traité par ventilation mécanique
- Compétences complémentaires de l'infirmière de réanimation pédiatrique
- Compétences complémentaires en pansements et drainages complexes

⁸⁷ **Referentiel competencesIDESRLF Vdef 13122010**

ANNEXE II articles R.6123-39 à R.6123-53 du code de la santé publique

JORF n°172 du 26 juillet 2005 page 37003 texte n° 101

Décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

NOR: SANP0522707D

ELL: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/7/20/SANP0522707D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/7/20/2005-840/jo/texte>

- PARTIE VI : ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES DE SANTÉ
 - LIVRE Ier : Etablissements de santé
 - TITRE Ier : ORGANISATION DES ACTIVITÉS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ
 - Chapitre III : Conditions d'implantation de certaines activités de soins et des équipements matériels lourds

Section 3 : Obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale

Article R. 6123-39

Les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site, soit une unité d'obstétrique, soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie, soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale.

Article R. 6123-40

Afin de contribuer à l'amélioration de la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant, les établissements de santé pratiquant l'obstétrique :

- 1° Participent à la prise en charge des grossesses et à l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée ;
- 2° Assurent l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance ;
- 3° Assurent le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.

Article R. 6123-41

La néonatalogie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance.

Article R. 6123-42

La réanimation néonatale a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux.

Article R. 6123-43

L'unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.

Article R. 6123-44

L'unité de néonatalogie assure tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés à l'article R. 6123-41, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'établissement. Un secteur de soins intensifs aux nouveau-nés présentant une ou plusieurs pathologies aiguës ou sortant d'une unité de réanimation néonatale peut être organisé au sein de l'unité de néonatalogie. Si l'unité de néonatalogie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée du nouveau-né, elle organise son transfert vers une unité ou un établissement aptes à délivrer les soins appropriés.

Article R. 6123-45

L'unité de réanimation néonatale assure tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, la surveillance et les soins spécialisés mentionnés à l'article R. 6123-42, que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement. Cette unité est associée à un secteur de soins intensifs de néonatalogie sur le même site.

ANNEXE II (suite)

Article R. 6123-46

Seuls les établissements de santé dispensant les soins mentionnés au a du 1° de l'article L. 6111-2 peuvent être autorisés, en application des articles L. 6122-1 et L. 6122-2, à exercer les activités de soins relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale.

Article R. 6123-47

L'obstétrique s'exerce dans des installations autorisées en gynécologie-obstétrique. Lorsqu'un établissement ayant une unité d'obstétrique ne dispose pas d'une unité de réanimation d'adultes, il passe une convention, soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, avec un établissement comportant une telle unité. Tout établissement de santé pratiquant l'obstétrique et traitant des grossesses à hauts risques maternels identifiés dispose d'une unité de réanimation d'adultes permettant d'y accueillir la mère en cas d'urgence et d'une unité de réanimation néonatale.

Article R. 6123-48

La néonatalogie s'exerce dans des installations autorisées à cet effet. Toute unité de néonatalogie constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de pédiatrie.

Article R. 6123-49

La réanimation néonatale s'exerce dans des installations autorisées à cet effet. Elle ne peut être pratiquée que si l'établissement de santé comprend sur le même site une unité de néonatalogie autorisée dont une partie des installations est affectée aux soins intensifs de néonatalogie. Toute unité de réanimation néonatale constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une autre unité.

Article R. 6123-50

L'autorisation d'obstétrique ne peut être accordée ou renouvelée, en application des articles L. 6122-1 et L. 6122-2 que si l'établissement justifie d'une activité minimale annuelle constatée, ou prévisionnelle en cas de demande de création, de 300 accouchements. Toutefois, elle peut exceptionnellement être accordée à titre dérogatoire lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population.

Les établissements qui ne sont plus autorisés à pratiquer l'obstétrique peuvent continuer à exercer des activités prénatales et postnatales sous l'appellation de centre périnatal de proximité, en bénéficiant par convention du concours d'un établissement de santé pratiquant l'obstétrique. Le centre périnatal de proximité peut assurer les consultations prénatales et postnatales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement des soins aux nouveau-nés et les consultations de planification familiale. La convention avec l'établissement de santé permet la mise à disposition du centre périnatal de proximité de sages-femmes et d'au moins un gynécologue-obstétricien ; elle est soumise à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Article R. 6123-51

Le schéma régional d'organisation sanitaire fixe des objectifs en ce qui concerne la coopération entre les établissements de santé autorisés à pratiquer l'obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale et l'organisation en matière d'orientation de la femme enceinte préalablement à son accouchement en cas de risque décelé pour elle-même ou son enfant et en matière de transfert des enfants entre les unités mentionnées à l'article R. 6123-39.

Article R. 6123-52

Lorsqu'un établissement ne disposant pas des trois unités mentionnées à l'article R. 6123-39 n'adhère pas à un réseau de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation invite l'établissement à passer convention avec un ou plusieurs établissements de santé possédant les unités dont il ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces établissements et de préciser les transmissions d'informations. Ces conventions sont établies et signées par les représentants des établissements après avis des organes représentatifs mentionnés aux articles L. 6144-1 et L. 6144-3, après avis de la commission médicale prévue à l'article L. 6161-8 ou avis de la conférence médicale prévue à l'article L. 6161-2. Elles sont soumises à l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et n'entrent en vigueur qu'après cette approbation.

Article R. 6123-53

Le dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation prévu à l'article R. 6122-32 fait apparaître si l'établissement a adhéré à un réseau de soins ou a passé convention avec un ou plusieurs autres établissements dans les conditions mentionnées à l'article R. 6123-52.

ANNEXE III :

Enquête exploratoire

LA POSTURE DU CADRE POUR REGULER LE TURN OVER

Mon thème de mémoire s'oriente sur la posture du cadre de Santé au sein d'un service de réanimation afin de fidéliser son équipe et d'éviter un turn over important. Ce questionnaire est une enquête exploratoire pour confirmer mon thème.

1. Est ce que vous êtes confrontée au turnover dans votre service ?
2. Qu'est ce qui peut empêcher de fidéliser une équipe ?
3. Qu'est ce qui pourrait fidéliser une équipe ?
4. Quelle posture peut avoir le cadre pour aider à cette fidélisation.

ANNEXE IV

ENQUETE SUR LA FIDELISATION

Etudiante Cadre de Santé, je réalise dans le cadre de mes études un mémoire ayant pour problématique « *Le management d'un cadre de santé pour réussir à fidéliser une équipe de réanimation néonatale ou pédiatrique, malgré les contraintes du service.* » Je réalise cette enquête auprès des infirmier(e)s et puéricultrices afin de travailler la fidélisation à travers l'intégration des nouveaux collègues, les projets de service et votre bien-être au travail. Je vous remercie du temps que vous m'accorderez. N'hésitez pas à me laisser un message si vous souhaitez vous entretenir sur le sujet. (Mail en fin de questionnaire).

SERVICE	FONCTION
	IDE :
	IPDE
AGE :	
ANNEE DU DIPLOME :	ANCIENNETE DS LE SERVICE :

- **A votre arrivée, avez-vous bénéficié d'une période d'intégration ?** OUI : NON
- **Si oui, de combien de temps ?** ☐ 1 semaine ou moins (combien de jours ?) ☐ 3 semaines
- ☐ 2 semaines ☐ 4 semaines ☐ Autres

Avez-vous bénéficié depuis ces 2 dernières années, de formations spécifiques internes au service ?

- ☐ OUI **Lesquelles ?**
- ☐ NON

Etes vous affecté(e) à une unité ? ☐ OUI laquelle NON ☐

Tournez vous sur la réa, les SI, la NN ? ☐ OUI NON ☐

Si oui existe-t-il un cycle de roulement.

INTEGRATION D'UN NOUVEAU COLLEUE	OUI	PARFOIS	NON
Etes-vous toujours informé de l'arrivée d'un nouveau collègue ?			
Participez-vous aux encadrements ?			
Si non, pourquoi ?			
Si oui, avez-vous bénéficié d'une formation sur le tutorat ?			
Existe-t-il un nombre suffisant de tuteurs dans votre unité ?			
Est-ce que l'intégration des nouveaux arrivants, est formalisée par un livret d'accueil ou un listing des savoir-faire prioritaires?			
Existe-t-il des bilans d'intégration ?			
Qui y participe ?			
l'encadrement (CDS)			
Vous			
Le nouvel arrivant			
Autres ?			
Existe-t-il un rapport d'étonnement (bilan) pour les nouveaux arrivants ?			
Pour vous l'arrivée d'un nouveau collègue :			
- dynamise le groupe grâce à de nouvelles idées ?			
- met en évidence de nouvelles compétences pour la personne qui encadre ?			
- apporte une motivation « contagieuse » par son intérêt à son nouveau poste			
- apporte de nouvelles façons de penser par sa différence de génération			

LES PROJETS DE SERVICE	OUI	PARFOIS	NON
Etes-vous toujours informé des projets de service ?			
Existe-t-il actuellement, des projets à mettre en œuvre dans votre service ?			
Connaissez-vous toujours les objectifs des projets mis en œuvre ?			
Les projets de votre service font-ils l'objet d'une promotion interne de votre établissement ?			
Participez-vous à ces projets ?			
VIE DU SERVICE	OUI	PARFOIS	NON
1. Est-ce qu'il y a une bonne ambiance dans votre service ?			
2. Avez-vous de bonnes relations avec l'équipe d'encadrement ?			
3. Avez-vous de bonnes relations avec l'équipe médicale ?			
4. Avez-vous de bonnes relations avec vos collègues ?			
5. Est-ce qu'il y a une notion d'esprit d'équipe dans votre service ?			
6. Pensez-vous que votre travail est reconnu par l'équipe d'encadrement ?			
7. Pensez-vous que votre travail est reconnu par l'équipe médicale ?			
8. Pensez-vous que votre travail est reconnu par vos collègues ?			
9. Vos demandes de formation sont-elles acceptées ?			
Si non, pourquoi ?			
Vous semble-t-il possible de progresser dans votre profession ?			
Si OUI, pour quel poste ? est-ce possible pour vous d'y accéder ?			
Si NON, pourquoi ?			
10. Pensez-vous qu'il y ait ces valeurs au sein de votre service ?			
SOLIDARITE			
RESPECT MUTUEL			
APPARTENANCE A UNE EQUIPE			
RESPONSABILITE			
SATISFACTION DES MALADES ET LEUR FAMILLE			
QUALITE DU TRAVAIL			
AUTRES AUXQUELS VOUS PENSEZ			
11. Concernant votre planning, pouvez-vous facilement échanger des jours de travail avec vos collègues ?			
12. Trouvez-vous de l'intérêt dans votre travail ?			
13. Etes-vous motivé(e) par votre travail ?			
14. Avez-vous le projet de quitter prochainement le service ?			
Si oui, pourquoi ?			

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !



Caroline COUTAREL carolinecoutarel@gmail.com

Étudiante à l'ESM - Formation & Recherche en Soins (diplôme cadre de santé) Créteil
Étudiante à l'IAE Gustave Eiffel (master Management & Santé) UPEC Université Paris



Diplôme de Cadre de Santé DCS@16-17

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

FIDELISER, POURQUOI ? COMMENT ?

COUTAREL CAROLINE

MOTS CLÉS

FIDELISATION-MOTIVATION-IMPLICATION-EQUIPE-
COMPETENCE- MANAGEMENT

KEY WORDS

LOYALTY-MOTIVATION-INVOLVEMENT-TEAM-
SKILL - MANAGEMENT

RESUME

Le personnel d'encadrement a pour mission d'assurer la présence sur le terrain de soignants compétents et motivés afin de faire bénéficier les patients de soins de qualité. Soumis aux différentes réformes hospitalières et à une pénurie croissante d'infirmières, les établissements de santé doivent adapter leurs organisations internes. Dans ce contexte, la fidélisation du personnel soignant, et en particulier des infirmiers, est devenue une priorité pour les établissements souhaitant allier qualité de travail et travail de qualité. La gestion des ressources humaines est un point capital. Après un constat issu de mon expérience professionnelle, sur le turn over du personnel infirmier en service de réanimation néonatale, j'ai souhaité axé mon travail de recherche sur la fidélisation des équipes de réanimation néonatales ou pédiatriques.

Ce travail est une recherche quantitative, qui s'est effectué à l'aide d'enquête auprès d'infirmières et de puéricultrices dans 3 hôpitaux publics. L'impact de ce travail est d'orienter le management du cadre de proximité sur de potentiels leviers d'action pour inciter le personnel à se perfectionner dans ces services spécifiques et permettre à cette équipe de travailler de manière satisfaisante et efficiente. Ce travail a mis en évidence le fait que la flexibilité n'est pas possible dans les services fortement spécialisés et cette rotation d'infirmière peut être dangereuse, alors qu'il serait nécessaire de souligner plus d'apprentissages spécifique à ces soins.

ABSTRACT

Management has to ensure the presence on the ground of competent and motivated care providers in order to provide quality patients care. Subject to the various hospital reforms and a growing shortage of nurses, healthcare facilities must adapt their internal organizations. Encouraging staff loyalty, particularly in the case of registered nurses, has become one of the first priorities of health care centers wishing to combine quality of work and work of quality the management of human resources is a crucial point. After a from analyze statement of my professional experience, on of nurses turnover in neonatal intensive care, I wanted to focus my research work on the loyalty of neonatal or pediatric intensive care teams.

This work is a quantitative research, which occurred with the help of nurses and pediatrics nurses survey in 3 public hospitals. The impact of this work is to guide the management of the frontline nurse manager on potential action levers to encourage staff to develop in these specific services and allow this team to work satisfactorily and efficiently.

This work highlighted the fact that flexibility is not possible in highly specialized services and that nurse turnover can be dangerous, while it would be necessary to stress more the learning specific to these care.

