

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La motivation des professionnels soignants en EHPAD

Fabrice FAVREAU

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 tiens, tout d'abord, à remercier Madame LE GAL, ma Directrice de mémoire, formatrice consultante à l'ESM, pour ses conseils, sa bienveillance, son écoute et son implication à me faire prendre conscience de mes réelles potentialités.

Merci à tous les professionnels (Cadres, Aides Soignants, Infirmiers), qui ont accepté que je mène auprès d'eux des entretiens sans quoi je n'aurais pu nourrir ce travail de recherche.

Merci à ma mère qui a toujours cru en moi et qui m'a appris à ne jamais baisser les bras.

Merci à ma grand-mère, du haut de ses 87 ans, pour ses encouragements.

Merci à Xavier, pour son aide logistique, son soutien, et ce bien avant cette période de formation.

Merci à mes compagnons de route de formation, avec une pensée particulière vers Catherine, « ma confidente du premier jour » et Rosaline, « ma mère spirituelle », qui par son positif et sa capacité à trouver les mots justes ont pu contribuer indirectement à relever le challenge de cette formation.

Sommaire

Introduction	4
1 Cadre contextuel	5
1.1 Mon constat de départ.....	5
1.2 Retour sur mes entretiens exploratoires.....	6
1.3 Retour sur mes lectures exploratoires	7
1.4 Questionnement initial et hypothèses	8
2 Cadre conceptuel	10
2.1 L'EHPAD.....	10
2.1.1 Approche générale.....	10
2.1.2 Les spécificités de la tarification	11
2.1.3 Les professionnels d'EHPAD	12
2.1.4 La population en EHPAD	15
2.1.5 L'évolution des structures pour personnes âgées.....	16
2.1.6 L'EHPAD dans ses dimensions réglementaires.....	16
2.1.7 La déclinaison des évolutions en EHPAD.....	18
2.2 La motivation.....	20
2.2.1 Le rapport de l'homme au travail	20
2.2.2 Les spécificités de la motivation	20
2.2.3 L'amotivation.....	22
2.2.4 Les théories de la motivation.....	22
2.2.5 La démotivation.....	25
2.2.6 Les déterminants de la motivation	26
2.2.7 Apports complémentaires.....	27
2.3 Les leviers managériaux dans la dynamique motivationnelle	28
2.3.1 La place du manager dans le processus motivationnel	28
2.3.2 Quatre rôles prévalent du manager de santé dans la motivation	28
2.3.3 La reconnaissance au travail.....	29
2.3.4 Le sens au travail	31
2.3.5 Les limites	35
2.3.6 Retour sur hypothèses et question de départ : ma question de recherche	36
3 Méthodologie d'enquête	38
3.1 La description de la population retenue et sa justification	38
3.2 La méthodologie du recueil de données	39
3.3 Les conditions de réalisation des entretiens	39
3.4 Les impressions de l'apprenti chercheur post entretien	40
3.5 La pertinence et les limites de l'entretien.....	40
3.6 Ma méthodologie d'analyse.....	40
4 Résultats et analyses	41

4.1	La grille de dépouillement.....	41
3	Cadres et 2 FFC.....	41
4.2	La présentation des résultats « Tri à plat ».....	48
4.3	L'interprétation des résultats	66
4.4	La synthèse des trois analyses	79
5	Discussion.....	84
6	Les limites	85
	Conclusion	86
	Bibliographie	87
	Annexes	

Liste des abréviations

ANESM : Agence Nationale de l'Evaluation et de la Qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico Sociaux
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide Soignant
ASH : Agent des Services Hospitaliers
CASF : Code de l'Action Sociale et des familles
CDS : Cadre de Santé
CG : Conseil Général
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EHPAD : Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes
ESSMS : Evaluation des Etablissements et Services Sociaux et Médico Sociaux
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
IFAS : Institut de Formation Aide Soignant
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
USLD : Unités de soins de longue durée
VAE : Validation des acquis de l'expérience

Introduction

Mes motivations à traiter ce thème ...

Le contexte d'émergence de la thématique de la démotivation est en lien avec mon expérience de terrain d' EHPAD. J'ai pu voir, entendre, comprendre qu'un certain nombre de soignants s'inscrivent dans une dynamique de démotivation. Par mon observation, je constate que cette perte d'élan concerne tant les jeunes diplômées, que les professionnels d'expérience sans distinction de catégorie professionnelle. Ainsi, Je suis animé par ce besoin de comprendre, d'approfondir comment nous sommes parvenus à cette situation et quels leviers en tant que futur cadre de santé seront à ma disposition face à ce risque de démotivation.

Mon intérêt à explorer cette thématique réside également dans la compréhension de nos inégales aptitudes de chacun à se préserver de la démotivation. En effet, même si j'ai évolué dans cette atmosphère, passant par des phases de relâche, je suis parvenu à me recentrer et rester motive. J'ai toujours eu à cœur de prendre du recul, tant pour moi, que lors de mes collaborations. Il m'était important de m'inscrire dans une dynamique de questionnement. Le pourquoi de mon travail ? (le patient). Quel est véritablement mon rôle dans le cadre de ma fonction ? Qu'est ce qui me procure de la satisfaction afin de m'accomplir professionnellement ? Qu'est ce que je peux et envie d'apporter de singulier dans la dynamique collective pour le patient ? Quelles sont mes limites ? Cette ébauche de questionnement m'a préservé selon moi de cette spirale de la démotivation.

Par ailleurs, dans un dernier point, me destinant à une fonction d'encadrement, garant de la qualité et de la sécurité des soins, faire l'impasse sur le rôle clé dans la dynamique de motivation me semble difficilement envisageable. En effet, La motivation contribue selon moi à la qualité du travail fourni, à la productivité et à une moindre exposition à la problématique de l'absentéisme. De plus, il est sans compter de toute la dimension de bien être et d'accomplissement professionnel dans le travail envers laquelle le cadre de santé a son rôle à jouer.

Après ce préambule, qui m'a permis de vous faire partager mes motivations autour de la thématique de la démotivation je vous propose mon cheminement. Ce dernier me permettra de valider la pertinence de ce travail de recherche et d'asseoir la légitimité de mon questionnement à travers une question de départ stabilisée. Il s'organisera ainsi en trois axes forts :

- Mon constat de départ en lien avec ma pratique professionnelle
- Un retour sur mes entretiens exploratoires
- Un retour sur mes lectures exploratoires

1 Cadre contextuel

1.1 Mon constat de départ

Infirmier depuis 2009, au sein du même établissement pour Personnes Agées Dépendantes, la motivation des professionnels que j'avais pu percevoir s'est étiolé au fil de mes années d'exercice. La référence au spectacle de fin d'année réalisé par les soignants en faveur des résidents à titre bénévole me semble en être un des plus beaux exemples. Je ne dis pas en relatant cette anecdote, quelque peu nostalgique, que l'agent ne pouvait pas être confronté à des fluctuations d'élan. Néanmoins, ce dernier semblait plus enclin à trouver des ressources pour se remobiliser.

A contrario, en parlant du temps présent, le quotidien professionnel est teinté de cette atmosphère de démotivation. Néanmoins, ce que je tiens à préciser, relève du fait que cette observation repose sur mon ressenti d'une tendance forte et ne fait en aucun cas une généralité. En effet, bien qu'en minorité, des agents trouvaient toujours à donner sens à leurs pratiques et à s'investir dans la vie institutionnelle. Cette réalité m'interroge ainsi sur le rapport personnel que nous entretenons avec la dynamique motivationnelle. Cette précision apportée, la réalité est elle que je suis confronté à des collègues aux faciès fermés, à des soupirs, à des bras ballants. La communication est basée sur le mode de l'agressivité. Les propositions de changement sont vécues comme des agressions. Le travail se réalise certes, mais dans quels conditions ? Pour quels résultats ? Au détriment de qui ? Ce tableau dressé, quelque peu sombre me questionne. Ces comportements ne sont ils pas à interroger au regard de professions que nous choisissons pour la plupart d'entre nous. Certes la difficulté du travail est réelle, mais constitue t elle une raison suffisante pour s'inscrire dans un être et un faire teinté de ce mal être préjudiciable à nos prises en soins.

Je m'interroge ainsi sur cet entre deux...Que s'est il passé ?

L'année 2011 me semble s'inscrire comme une année charnière. La préparation du nouveau projet d'établissement pour la période 2012/2017 a constitué l'occasion aux agents de prendre contact avec un nouveau type de management formalisé dit « participatif ». La finalité présentée, d'amélioration des prises en soins d'une part et de pouvoir être consulté de l'autre n'avait pas constitué un écueil de prime abord. Cependant toute cette dynamique de changement venue se greffer par la suite semble avoir nourri ce processus de démotivation. L'accueil de résidents de plus en plus dépendants avec des moyens resserrés est à considérer. Néanmoins, il me semble que toutes les transformations qu'ont pu connaître les soignants en parallèle, dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité n'ont fait qu'amplifier cette tendance.

L'informatisation du dossier de soin, le développement de la culture du risque, la lutte contre les glissements de tâches, nouvelles missions de référence sont quelques étapes de la vie institutionnelle qui semblent avoir accompagnés cette perte de sens. Progressivement un nombre croissant d'agents exprimaient une difficulté à répondre à la commande, faisant émerger chez eux un sentiment que nous pouvons assimiler à la frustration d'un travail inachevé. Puis, nous sommes basculés dans un registre plus revendicatif : « nous sommes pas reconnus » « on ne nous entend pas » « on ne fait rien pour nous ». Cette dégradation de la dynamique motivationnelle m'interpelle. Est-ce réellement les transformations qui sont à l'origine de cette perte de sens dans l'exécution du travail ? Qu'est ce qui a pu donc se jouer, à un moment donné, pour que nous retrouvions dans la situation présente ? La question du rôle du personnel d'encadrement par rapport à cette problématique n'est elle à pas à poser ?

Mon observation du management me fait dire que ce dernier, semble lui aussi être passé par différents stades. Cet engagement à expliquer, à rassurer, à mobiliser en aval des changements que j'avais pu repérer au début de ma carrière professionnelle semble avoir été substitué par une attitude de retrait. Témoignage d'une impuissance lié aux contraintes institutionnelles ? D'une démotivation sous jacente ?

1.2 Retour sur mes entretiens exploratoires

Pour conforter la pertinence de ma thématique sur la démotivation des professionnels soignants en EHPAD, la conduite d'entretiens exploratoires m'a paru judicieuse afin de conforter mon observation et cheminer dans mon questionnement. Les entretiens se sont déroulés sous forme d'appels téléphoniques, auprès de quatre soignantes (2 IDE et 2 AS). Ces dernières sont issues de deux EHPAD public distinctes avec une expérience plus ou moins longue dans leurs fonctions. La variable de la fonction, de l'expérience, de la structure m'a paru intéressante en termes de pertinence d'analyse de la situation. Par ailleurs, mon choix s'est porté vers des entretiens semi directifs avec des questions ouvertes qui facilitent un état des lieux sur la potentielle démotivation des soignants en EHPAD.

Profils des interrogées

Etablissement A : Statut Public : 1 IDE avec 31 A d'expérience d'EHPAD, 1 AS avec 12 A d'expérience d'EHPAD (expérience au sein du même EHPAD pour les 2 soignantes)

Etablissement B : Statut Public : 1 IDE avec 6 A d'expérience d'EHPAD et 1 AS avec 8 A d'expérience d'EHPAD (expérience au sein du même EHPAD pour les 2 soignantes)

Etat des lieux

- **Une baisse d'intérêt à exercer au sein d'un EHPAD**

Quelque soit le nombre d'années d'expérience, le lieu d'exercice et la fonction, toutes les 4 sont unanimes pour dire qu'elle n'éprouve pas autant de plaisir à se rendre à leur travail qu'au début de leur carrière. Même si à ce niveau de questionnement parler de démotivation serait trop précoce, la dynamique constatée en initie la voie. Les quatre professionnelles s'accordent toutes sur la pénibilité du travail, du rythme soutenu auxquelles ces dernières sont exposées. Globalement ces professionnelles sont frustrées de ne pas passer autant de temps qu'elles le jugeraient nécessaire auprès des patients. L'IDE avec le plus d'expérience va plus loin en dénonçant la généralisation de la bureautique, des procédures qui serait contributif de ce sentiment.

- **La perception de contraintes conséquentes**

La charge de travail est en effet de nouveau considérée à travers les résultats de ces entretiens exploratoires comme une des contraintes centrales. Les horaires, la disponibilité totale en cas d'arrêt, le manque de professionnel sont les points que les professionnels ont globalement soulevés sans distinction de fonction et d'établissement. L'IDE qui a le parcours le plus conséquent en EHPAD, va aborder un autre aspect en termes de contrainte qui est celle de la responsabilité. En effet au regard de son discours ce qui peut lui être demandé à l'heure actuelle va au-delà de ce que sa formation d'IDE lui a transmis.

- **Un environnement de travail démotivant**

Ce qui ressort de ses entretiens c'est un conflit de valeur entre ce que le soignant se représente du soin de qualité à travers la dimension d'accompagnement et la réalité du terrain. Nous revenons à cette dimension de non satisfaction dans le travail accompli. D'autres axes sont également unanimement soulevés tels que le manque de reconnaissance, d'écoute qui semblent au même titre contributifs à cette présumée dynamique de démotivation.

- **Leurs propositions pour les remotiver**

Deux axes se dégagent de l'analyse de ces entretiens. Dans un premier temps, unanimement, la reconnaissance de leur travail semble être primordiale afin de renverser la dynamique actuelle empreinte de démotivation et de perte de sens. L'écoute de leurs

remarques, leurs valorisations dans ces structures où la difficulté du travail n'est pas à nié sont quelques aspects auxquels les soignants semblent y être attachés.

La seconde piste pour agir sur cette démotivation (3 soignants dont 2 IDE) mentionne l'intérêt de valoriser le travail d'équipe. En effet, ce dégage une impression de travailler de manière insuffisante de manière collective en regrettant la rareté ou l'inexistence du travail en binôme.

- **Bilan des entretiens exploratoires**

A travers ces entretiens exploratoires, je ne peux qu'appuyer la légitimité de ma situation de départ. En effet nous pouvons constater une baisse d'intérêt des soignants à exercer au sein des EHPAD. Bon nombre de contraintes venant se greffer à un travail qui était d'ores et déjà lourd physiquement et psychologiquement participe à cette dynamique de démotivation. Néanmoins la situation ne semble pas figée, en effet les interrogées nous ont fait part de leurs attentes qui pourrait participer à leur redonner un souffle de motivation notamment à travers la reconnaissance et la valorisation du travail d'équipe. Dans ce contexte là, le cadre de santé n'aurait il pas un rôle à jouer ?

1.3 Retour sur mes lectures exploratoires

Après avoir posé mon constat de départ, enrichi ce dernier par des entretiens exploratoires, je suis amené, à vous faire partager ce que je ressors de mes lectures autour de la thématique de la démotivation des soignants en EHPAD.

- **La démotivation au travail : une problématique qui dépasse le secteur du soin**

Il me semble judicieux de faire un point sur la démotivation au travail de façon générale. En m'appuyant sur un ouvrage « RE-Motiver au travail » de Claude Lévy –Leboyer j'ai pris conscience de l'ampleur de cette problématique. La démotivation impacte un panel extrêmement large de professionnels aussi bien issues d' « organisation publique ou privée, de grande ou de petite taille, à vocation industrielle ou de service »¹. Par cette déclaration, nous en déduisons que la démotivation au travail est une problématique auxquelles nul n'est à l'abri. Nous pouvons appuyer ce constat, par une étude Ipsos de 2012 sur 5500 salariés. Seuls 7 % des français se disent vraiment motivés au travail. Les français sont « recordmen de la démotivation en Europe » avec 40 % des salariés qui affirment que leur motivation diminue².

- **Une pluralité de sources sur la démotivation au travail**

Au-delà de cet ouvrage et les enquêtes qui appuient cette problématique de la démotivation des professionnels, c'est incontestablement la richesse des apports lors de mes recherches via internet sur la démotivation au travail qui m'a interpellé. Là encore, je me suis aperçu que celle-ci n'a pas de frontière et que probablement une capacité d'agir nous est possible au vue des innombrables sources pour parvenir à remotiver une équipe. Nous pouvons en déduire que si le sujet a été si largement balayé et approfondi, cette problématique existe belle et bien.

- **La démotivation des professionnels dans le secteur du soin**

Au cours de ces lectures, l'idée que la démotivation s'invitait chez les professionnels du secteur du soin n'a été que confortée. Des articles au nom évocateur « Motivation, indifférence, et démotivation des infirmières. »³, « Usure professionnelle et mobilisation des

¹ Lévy-Leboyer Claude, Re-motiver au travail. P.1

² Baromètre Edenred, Ipsos 2012

³ Montesinos André, soins n°614, 1997

personnels » en sont que quelques exemples pertinents qui font de la démotivation des professionnels soignants une problématique.

- **L'EPHAD un secteur sous tension, propice à la démotivation**

Mes recherches sur un ouvrage spécifique sur la démotivation des professionnels soignants en EHPAD sont restées veines. Néanmoins bon nombre d'articles, de reportages nous dressent un tableau peu glorieux des conditions de travail à l'intérieur de ces institutions. Malgré cela quand nous rencontrons ces mêmes soignants et ce qui globalement est repris dans les articles, l'engagement à exercer auprès de cette population aurait à tendance en première intention à nous distancer de la démotivation, mais cela dans quelle mesure ?

L'enquête qualitative de la Drees⁴ sur les conditions de travail en EHPAD des soignants (340 personnes de septembre 2015 à Février 2016-30 établissements) va dans ce sens. Au regard de la majoration de la dépendance de la population accueillie, la pénibilité physique, psychique de ce secteur ne serait pas à négliger. Le travail sous tension, l'amplification des tâches sanitaires au détriment du relationnel, les exigences accrues en termes de qualité et d'adaptation peuvent être vécues comme contraignant dans ces secteurs. La dynamique observée ne tend pas à s'inverser. Les personnels se voient confronter à une perte de sens.

- **Mise en lien entre levier motivationnel et situation de démotivation en EHPAD**

Avec ce constat, posé entre difficulté du travail et engagement, mes lectures m'ont conduit sur cette notion centrale ce qu'est la motivation. Deux types de motivation existent, l'une dites extrinsèque, relative à la récompense et l'autre intrinsèque en lien avec l'affectif que nous avons avec la tâche réalisée. Au regard de ce que j'ai pu lire, comprendre, il y a à un moment donné, où ces professionnels soignants d'EPHAD ont perçus plus de contraintes que de bénéfices dans la réalisation de leur travail. La notion de rétribution financière ne semble pas être mise en avant par les professionnels soignants, comme facteur de démotivation. Le cœur de la problématique se situerait au niveau de l'intrinsèque. Le cadre de santé ne pourrait il pas intervenir à ce niveau ci pour tenter d'enrayer cette problématique ?

1.4 Questionnement initial et hypothèses

Mon constat, mes entretiens et mes lectures exploratoires semblent converger dans un même sens. Les professionnels d'EHPAD sont sujets et confrontés à la problématique de la démotivation. Le cadre de santé engagé dans la motivation des équipes sous sa responsabilité, cette problématique est pertinente dans le cadre d'un travail de recherche.

Consécutivement à ces interrogations, partant du principe que nous évoluons dans un contexte contraint et que la motivation est contributive selon moi de la qualité du travail et du niveau d'accomplissement des agents, la question départ que je propose s'établit comme suit :

En quoi le cadre de santé peut il entretenir une dynamique motivationnelle des professionnels au sein de l'EHPAD ?

Pour y répondre, au regard de mes recherches exploratoires et de mon expérience, je propose deux hypothèses qui contribueront à l'élaboration de mon cadre théorique :

1. Redonner du sens à l'activité soignante eu sein de l'EHPAD par le cadre de santé peut permettre de prévenir la problématique de la démotivation.

⁴ Les Dossiers de la Drees, n°5, septembre 2016

2. La reconnaissance du travail soignant en EHPAD par le cadre, participe à donner du sens, l'exposant dans une moindre mesure au risque de démotivation de son équipe.

2 Cadre conceptuel

Au regard de ma question de départ, je décline mon cadre conceptuel, en trois axes clés :

- La vue d'ensemble des singularités d'une typologie d'établissement : L'EHPAD
- L'engagement au travail et la question de la « motivation »
- Les leviers managériaux dans la dynamique motivationnelle

Dans un premier temps, au regard la spécificité de l'établissement, il me semble important d'éclairer le contexte pour mieux comprendre ce qui se joue dans cette problématique de la démotivation.

2.1 L'EHPAD

2.1.1 Approche générale

Selon la technique de l'entonnoir, qui reprend un principe « du général au particulier », il me semble de bon ton de proposer une définition générale de ce type d'établissement.

« Un EHPAD est un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, anciennement dénommé « maison de retraite », dédié à l'accueil des personnes âgées de plus de 60 ans (moins si dérogation) en situation de perte d'autonomie physique et/ou psychique qui ne peuvent plus être maintenues à domicile »⁵

A travers cet apport, nous pouvons percevoir dès à présent, les spécificités. La dépendance, l'âge avancé de la population accueillie, la perte d'autonomie, la notion de dernier recours en terme d'hébergement nous témoigne d'un environnement pouvant impacter les prises en soins des soignants au sein de ce type de structure.

Il me semble important de compléter cet apport en développant les vocations de ce type d'établissement :

- ✓ « Héberger des Personnes âgées à temps complet ou partiel, de manière permanente ou temporaire
- ✓ Proposer et dispenser des soins médicaux et paramédicaux adaptés, des actions de prévention et d'éducation à la santé et apporter une aide à la vie quotidienne adaptée.
- ✓ Mettre en place avec la personne accueillie (et avec sa personne de confiance), un projet d'accompagnement personnalisé, adapté aux besoins, comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies». ⁶

Ce qui me semble important de retenir, c'est la prédominance du caractère personnalisé auquel la typologie de structure aspire. Les dénominations « adaptée », « personnalisé », « projet de vie » donnent un ton particulier à cette réflexion.

On voit déjà à ce niveau que nous sommes devant une population spécifique en termes de complexité de prise en charge à laquelle on associe une forte exigence d'adaptation à la personne accueillie. Déjà à ce niveau, nous pouvons constater, que si les moyens ne sont pas mis en adéquation avec cette réalité, cela ne pourra qu'impacter l'activité soignante.

⁵ Définition service-public.fr

⁶ Ibid.

Après cette approche globale, il me semble important de décliner des généralités pour mieux appréhender l'EHPAD notamment à travers sa représentation sur le territoire, sa condition d'existence, et à travers quel statut il peut être rattaché.

Ces structures, au nombre de 8000 environ accueillait en France, fin 2011, 693000 personnes⁷. Face à cette représentation conséquente, la question est de savoir si cette dynamique de démotivation y est généralisée.

Pour être reconnu comme EHPAD, l'établissement médicalisé doit avoir conclu, avec le conseil Départemental et l'ARS (Agence Régionale de Santé), une convention, dite tripartite, qui l'engage à respecter un cahier des charges visant à assurer l'accueil des personnes dépendantes dans les meilleures conditions et fixant les objectifs de qualité de prise en charge des résidents et des moyens financiers de fonctionnement⁸.

Par cet éclairage, on en déduit que l'EHPAD est réglementé; la notion de contrainte peut alors être mise en avant. Des objectifs et des exigences lui sont en effet imposés en contrepartie de moyens financiers de fonctionnement. Ce postulat de départ, n'influerait il déjà pas cette prédisposition à la démotivation au sein des EHPAD ?

Les statuts des établissements sont divers : « EHPAD public hospitalier ou non hospitalier, EHPAD privé à but non lucratif (associatif ou mutualiste), EHPAD privé à but lucratif. Les organisations de travail et les modes de fonctionnement sont également très variés. »⁹

Nous sommes devant un public accueilli à priori le même, avec un rapport à la convention des ARS commune ; or le statut et les organisations singulières que décline chaque établissement ne seraient ils pas à mettre en corrélation avec le niveau de démotivation que nous pouvons retrouver dans ces mêmes structures, prises indépendamment les unes des autres.

Après ces généralités, il me semble pertinent d'avoir une approche sur le financement de telles structures. En effet, un lien pourra être fait entre leurs tarifs et la rétribution des professionnels exerçant au sein de ces structures.

2.1.2 Les spécificités de la tarification

Les prestations en EHPAD sont classées en trois catégories de tarification¹⁰

-Le tarif hébergement

Le tarif hébergement recouvre l'intégralité des prestations suivantes :

- ✓ L'accueil hôtelier
- ✓ La restauration
- ✓ Le blanchissage
- ✓ L'animation et la vie sociale
- ✓ L'administration générale

Ce tarif n'est pas lié à l'état de dépendance de la personne âgée, donc identique pour tous les résidents d'un même établissement bénéficiant d'un même niveau de confort.

⁷ Volant S, 2014

⁸ Formavenir, 2013

⁹ Les Dossiers de la Drees, n°5, septembre 2016

¹⁰ Définition service-public.fr

-Le tarif dépendance

Le tarif dépendance recouvre l'intégralité des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes de la vie courante. Il est évalué par un médecin, en fonction du degré de dépendance de la personne âgée, à partir d'une grille nationale d'autonomie, gérontologie, groupe iso-ressources (Agir). Plus le résident est dépendant, plus le coût est élevé.

-Le tarif soins

Le tarif soins recouvre l'intégralité des dépenses de fonctionnement de l'établissement relatives aux charges du personnel. Il est directement versé à l'établissement par l'Assurance Maladie, le résident n'a donc rien à payer, à l'exception des consultations de médecins généralistes ou de spécialistes qui ne sont pas incluses dans ce tarif ; il est donc à sa charge.

On peut ressentir ce lien privilégié entre financier et conditions de fonctionnement des EHPAD. Ce rapprochement n'aura pas tendance à s'estomper au regard des évolutions des modes de financement que ce secteur a connu récemment suite aux dernières modifications réglementaires.

En effet, une nouvelle tarification (entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017), dans le cadre de la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, applicable aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a vu le jour. Cette dernière a pour objectif de simplifier l'allocation de ressources aux Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes. Elle prévoit notamment la mise en place d'un financement automatique des prestations relatives à la dépendance des résidents, et à une modulation du forfait versé aux établissements en fonction de l'activité réalisée.

C'est ainsi cette dernière ambition qui me semble devoir être interrogée à travers cette notion de « modulation ». Quel sera le perdant de cette logique ? Le patient ? Le professionnel soignant ?

A travers le lien que j'ai pu établir entre financement et professionnels, il me paraît primordial d'avoir au sein de l'EHPAD une approche des soignants qui évolue, ceux-ci étant directement sujets à cette problématique de démotivation.

2.1.3 Les professionnels d'EHPAD

L'EHPAD est en effet un type de structure où nous pouvons retrouver une pluralité de professionnels entretenant des relations de différentes natures : hiérarchiques, fonctionnelles (...), engagés dans un même objectif qu'est la satisfaction du résident.

Il est réaffirmé, par la loi du 26 août 2016, relatif aux conditions techniques, d'organisation et de fonctionnement des établissements, que l'EHPAD dispose d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins¹¹ :

- ✓ Un médecin coordinateur
- ✓ Un professionnel infirmier titulaire du diplôme d'Etat
- ✓ Des aides-soignants
- ✓ Des aides médicaux - psychologiques

¹¹ Légifrance service-public

- ✓ Des accompagnants éducatifs et sociaux
- ✓ Et des personnels psycho éducatifs

Bien conscient du rôle clé de chaque acteur dans l'organisation des EHPAD, j'ai ciblé, dans le cadre de ce travail de recherche, trois professions distinctes : les aides-soignants, les infirmiers et les cadres de santé, que ma situation de départ et que ma phase exploratoire ont mis en exergue au regard de cette problématique.

• L'aide soignant

En m'appuyant sur le référentiel aide-soignant¹²

L'aide soignant exerce sous la responsabilité de l'infirmier, dans le cadre du rôle propre dévolu à celui-ci, conformément aux articles R.4311-3 à R.4311-5 du Code de la santé publique.

« L'aide soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide soignant participe dans la mesure de ses compétences et dans le cadre de sa formation aux soins infirmiers préventifs, curatifs ou palliatifs. Ces soins ont pour objet de promouvoir, protéger, maintenir et restaurer la santé de la personne, dans le respect de ses droits et de sa dignité. »

L'aide soignant est le professionnel qui passe le plus de temps auprès du patient. Les sollicitations physiques et psychiques ne sont pas à négliger.

Les AS sont titulaires du diplôme d'Etat d'Aide Soignant qui se prépare en une année dans un institut de formation (IFAS). Le diplôme peut être également obtenu grâce à une Validation d'Acquis de l'Expérience (VAE). IL s'agit d'un diplôme de niveau V. En terme de financement, les AS relèvent à 70 % de la section « soins » et à 30% de la section « dépendance »¹³.

Cette corrélation, entre modalités de financement et professionnel, pourrait avoir un impact préjudiciable d'autant plus fort sur leurs conditions d'exercice; remarque qui sera, au même titre, valable pour les deux autres catégories de professionnels que j'expose par la suite.

Les caractéristiques du métier d'AS, au sein des EHPAD, se remarquent par une forte prévalence des soins d'hygiène et de confort au regard de la typologie de la population accueillie. Même si leurs buts premiers sont de préserver l'autonomie du résident, les activités de l'ordre de la toilette, des changes, des manutentions sont très marquées dans ce type de structures. Une réalité est à pointer, en raison d'une différence de ratio accordé; les AS sont en effet en charge d'un plus grand nombre de personnes que lors d'un exercice similaire en secteur hospitalier.

• L'infirmier

En m'appuyant sur le référentiel infirmier¹⁴

« L'infirmier est celui qui est en capacité d'évaluer l'état de santé d'une personne et d'analyser les situations de soins, de concevoir et de définir des projets de soins personnalisés, de planifier des soins, de les prodiguer et de les évaluer ainsi que de mettre

¹² Référentiel Aide Soignant Réf 531081, juillet 2016

¹³ Annexe 3-2 du CASF

¹⁴ Référentiel Infirmier Réf 531200, mars 2015

en œuvre des traitements. Les infirmiers dispensent des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé. Ces derniers interviennent dans le cadre d'une équipe pluri professionnelle. »

Les IDE sont titulaires du diplôme d'Etat Infirmier, obtenu après 3 ans en institut de formation en soins infirmiers (IFSI), accessible par concours, après obtention du baccalauréat. Il s'agit d'un diplôme de niveau III. En termes de financement, les infirmières relèvent à 100 % de la section « soins ». ¹⁵

Les caractéristiques du métier d'Infirmier, au sein des EHPAD, sont notamment de l'ordre d'un nombre conséquent de résidents à prendre en soins, nettement supérieur à ce que nous pouvons retrouver dans le secteur sanitaire. L'Infirmier d'EHPAD, entre autonomie, et situation d'être livré à lui même, se retrouve dans la majorité des cas, sans présence médicale sur la structure. Il est également à noter que l'IDE d'EHPAD est sujet à des préjugés du type : « ne pratique pas de soins technique ; ne sont là que pour administrer les traitements. »

- **Le cadre de santé**

En m'appuyant sur un document de travail de décembre 2012 en vue d'un remaniement de celui en cours de 1995. ¹⁶

Les cadres de santé sont titulaires du diplôme d'Etat de cadre de santé, obtenu après 1 an de formation en institut de formation des cadres de santé (IFCS), accessible par concours, après 4 années d'exercice. Il s'agit un diplôme de niveau IV. Les métiers de cadre de santé recouvrent principalement le métier de responsable de secteur d'activités de soin et celui de formateur de professionnels de santé.

Au regard de la thématique de mon travail de recherche, je cible cet apport sur le manager de terrain. Trois points clés caractérisant cette fonction me semblent pertinents.

- « Le cadre de santé doit s'adapter à des évolutions continues : évolution médico-économique et évolution de l'organisation interne, évolutions technologiques, évolution de l'offre et de la demande en santé... »
- « Le cadre de santé responsable de secteurs d'activités de soin est l'interlocuteur des patients, des familles, des équipes soignantes, des partenaires et des équipes de direction. Il coordonne le parcours du patient avec les différents professionnels. Il est l'interface de différents intervenants et de différentes structures »
- « Le manager de proximité inscrit son activité au service de la prise en charge du patient dans le cadre des projets de la structure en lien avec le projet régional de santé déterminé par l'Agence Régionale de Santé. »

Au sein des EHPAD, la fonction cadre de santé peut être substituée par des infirmiers coordinateurs. Néanmoins, son rôle reste commun à celui du secteur sanitaire ; il est ainsi le garant de la qualité et de la sécurité des soins. Il coordonne les acteurs autour de la prise en soin du résident et se présente notamment comme un interlocuteur privilégié des familles.

Suite à cette approche générale, sur trois typologies distinctes de professionnels, j'aborde, le type de population accueillie, sans laquelle l'entité ne pourrait exister avec tout ce que cela implique dans l'offre professionnelle.

¹⁵ Annexe 3-2 du CASF

¹⁶ Référentiel DGOS, Décembre 2012

2.1.4 La population en EHPAD

Le vieillissement de la population est un fait majeur dans nos sociétés modernes. Au 1^{er} janvier 2017, « les personnes âgées de plus de 60 ans représentaient 25.3 % de la population française »¹⁷. Même si ce processus de vieillissement est perçu par chacun de manière différente et à des moments propres à chacun de nous, il se caractérise par des signes objectifs d'ordre « de difficulté de santé et d'une aisance moindre à se mouvoir »¹⁸.

Il est cependant important de nuancer le lien qui pourrait être établi entre personne âgée et dépendance. Cependant, selon cette même source, une majoration des personnes dépendantes est relevée qui et pourrait être à mettre en corrélation avec la typologie de population retrouvée au sein des EHPAD.

La patientèle se caractérise par un âge avancé « 80% des résidents ont 80 ans ou plus en 2011 »¹⁹. Selon cette même source, les ¾ des résidents d'EHPAD sont des femmes.

Nous y retrouvons des personnes avec un niveau de dépendance élevé (89 % de Gir 1-4 et 55% de Gir 1-2) et un GMP de 700 en 2011²⁰. Le Groupe Iso Ressource et le Gir Moyen Pondéré sont deux indicateurs qui témoignent du niveau de dépendance retrouvé au sein de l'institution. Plus le GIR est faible, plus le résident est dépendant (échelle de 1 à 6) ; Plus le GMP d'une structure est élevé, plus le niveau de soins est élevé.

La population s'inscrit, dans sa dernière étape de vie, avec une prédominance des accompagnements de fin de vie. En effet, « sur 238700 sorties d'établissements au cours de l'année 2015, 2/3 correspondent à des décès »²¹

La patientèle est hétéroclite, âgée certes, mais peut être également composée de personnes handicapées, porteuses de troubles psychiatriques, souffrant de conduites addictives.

Un dernier point de ce tableau, dressant le profil des résidents, relève la part conséquente des troubles démentiels. En effet, « 42 % des résidents en EHPAD ont été diagnostiqués comme souffrant d'une pathologie démentielle en 2007 »²²

Au regard de ce tableau, les professionnels soignants d'EHPAD sont incontestablement impactés par le niveau de dépendance des résidents, avec un rapport très étroit à la mort, et par des populations avec des troubles qui jusque là, n'avaient pas à être pris en charge. Au delà de ces réalités, il convient d'ajouter que les pensionnaires ont des attentes à l'égard de la structure, et donc des professionnels, qui tendent à se renforcer comme le témoigne les dossiers de la DREES. Au-delà des habitudes de vie qui notamment évoluent à travers l'exemple de la douche quotidienne, nous nous inscrivons de plus en plus dans une logique de consommation « je paye, par conséquent je peux exiger... ».

Après cette approche de la population accueillie qui tend à ne pas faciliter les prises en charge soignantes, un focus sur l'évolution des structures pour personnes âgées me semble opportun.

¹⁷ Insee, 2017

¹⁸ Bien Vieillir ; 2017

¹⁹ Les Dossiers de la DREES, n°5, septembre 2016

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

²² Chazal 2011 ; solidarité et Santé, DREES n°22

2.1.5 L'évolution des structures pour personnes âgées

L'histoire des maisons de retraite remontent au moyen âge sous le nom d'« Etablissement de Bienfaisance ». Leurs appellations changent par la suite pour devenir hospice.

Les hospices se sont développés notamment pour répondre aux difficultés des familles ouvrières pour prendre en charge leurs parents vieillissants au domicile familial. Ce n'est qu'au XXème siècle que le terme « maison de retraite » devient plus fréquent.

Dans les années 60, apparaît une première génération de maisons de retraite, intermédiaire entre le domicile et l'établissement : le foyer logement. Ces établissements ont pour but de proposer une alternative aux hospices dont la vocation « asilaire et assistanciel, destinée essentiellement aux vieillards indigents, abandonnés ou incurables »²³ ne correspondait pas au besoin réel.

La réforme de la tarification, initiée par la loi du 24 janvier 1997, à travers la convention tripartite, signée avec le conseil général et l'assurance maladie lance la généralisation de la médicalisation de ce type de structure.

Depuis 2001, les maisons de retraites médicalisées deviennent progressivement des EHPAD. Au delà du nom, c'est le statut qui change. L'établissement s'engage sur de nombreux critères qualité dont l'individualisation des prises en charge.

Fin 2007, les EHPAD accueillent « ¾ des personnes âgées résidant en établissement ».²⁴ Il est sans compter que, face à l'accroissement des demandes et aux besoins des résidents de plus en plus dépendants, ces structures médicalisées de type EHPAD poursuivent leur essor.

A travers cette évolution décrite, la prégnance du réglementaire, qui encadre l'activité de l'EHPAD, me semble être un point clé pour mieux comprendre son fonctionnement actuel. Cette nouvelle donne ne serait elle pas contributive au rapport dégradé que les professionnels entretiennent avec leur travail ?

2.1.6 L'EHPAD dans ses dimensions réglementaires

J'ai fait le choix de décliner l'aspect réglementaire auquel est rattaché l'EHPAD à travers trois items :

- La Convention tripartite
- La loi du 2 janvier 2002
- La loi du 21 juillet 2009

- **La convention tripartite**

La convention tripartite a vocation à définir les axes stratégiques d'évolution de l'établissement. Elle constitue un levier privilégié de mise en œuvre du schéma régional d'organisation sociale de l'ARS et des schémas départementaux en faveur des Personnes âgées.

²³ Cairn ; 2007

²⁴ Les Dossiers de la Drees, n°5, septembre 2016

« Les EHPAD sont des établissements conventionnés. Pour obtenir le statut d'EPHAD, les maisons de retraite doivent signer une convention, la « convention tripartite » avec le conseil général du département et avec l'ARS. Cette convention précise les conditions de fonctionnement de l'établissement sur le plan financier. Par ailleurs, la maison de retraite s'engage sur la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui leur sont prodigués. L'EHPAD s'engage à respecter un cahier des charges et une démarche qualité permettant d'accueillir les personnes âgées dans les meilleures conditions possibles. Tous les domaines sont concernés ; notamment la qualité de vie (accessibilité, sécurité, hygiène), la personnalisation de la prise en charge (projet de vie individualisé, respect des rythmes de vie, proposition d'activités adaptées) et les relations avec le résident et ses proches (bonne information, participation de la famille). L'ARS et ses délégations territoriales effectuent des contrôles réguliers et garantissent le bon fonctionnement de ces établissements»²⁵

Nous notons l'autorisation de fonctionnement délivrée par le conseil général et l'ARS pour les EHPAD d'une durée de 5 ans renouvelable. La convention tripartite, signée, formalise la prise en charge des personnes âgées et les moyens alloués à la maison de retraite pour les réaliser.

A travers cette convention, c'est véritablement cette notion d'environnement contraint et de dépendance qui ressort. Les moyens alloués, assujettis à des objectifs, tendent à nous faire comprendre que la variable d'ajustement est les professionnels de terrain.

- **La loi du 2 janvier 2002**

Depuis le vote de la loi du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale, les maisons de retraites, comme tous les établissements sociaux, ont l'obligation de s'inscrire dans une « démarche d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations ».

« Cette démarche se traduit notamment par des évaluations régulières. Elle se décline à travers une auto évaluation ou une évaluation interne tous les 5 ans de ses activités. Cette auto évaluation porte une appréciation sur les actions mises en place et sur leurs effets pour les résidents. L'évaluation interne doit être normalement participative, les résidents et les professionnels y sont des ressources. (Résultats et projets d'amélioration conditionnent les moyens alloués par les financiers (ARS et CG) tous les 5 ans et à travers l'évaluation externe tous les 7 ans. Dans ce dernier type d'évaluation, la maison de retraite doit faire réaliser l'évaluation par des consultants extérieurs habilités par l'Agence Nationale de la Qualité et de l'Evaluation des établissements sociaux et médicaux- sociaux (respect des droits des usagers, cohérence des actions au regard du projet d'établissement. L'évaluation conditionne le renouvellement de l'autorisation de fonctionnement de l'établissement. Cette agence a été créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007; l'ANESM est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (ESSMS) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe instituée par la loi du 2 janvier 2002.

Les missions de l'ANESM sont issues des obligations faites aux ESSMS tenues de mettre en place une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent. »²⁶

Cette loi du 2 janvier 2002 met sans doute le doigt sur un changement notable pour les professionnels et d'autant plus en EHPAD où se révèle cette culture de l'évaluation qui était jusque là que peu présente.

²⁵ ARS ; Occitanie

²⁶ www.sante.gouv.fr

- **La loi du 21 juillet 2009**

Les ARS créés en avril 2010, par la loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST). Les ARS ont pour but d'assurer un pilotage de la santé en région et d'accroître l'efficacité du système.

La logique d' « hôpital entreprise », que les opposants de cette réforme, mettent en avant, plante le décor dans lequel la rationalisation des moyens est le maître mot. N'échappant pas à cette logique, le secteur de l'EHPAD est amené à évoluer dans un contexte contraint.

A travers ces éléments, nous pouvons en ressortir une logique d'efficacité. Les allocations ne sont attribuées que sous certaines conditions et de manière réfléchie. La philosophie actuelle s'inscrit comme « faire de la qualité au meilleur coût ». Ainsi, il convient que l'engagement, dans une démarche d'amélioration continue de la qualité à travers des modalités d'évaluation, soit requis sans que, dans les faits, les moyens y soient forcément déployés.

Le secteur de l'EHPAD a muté à travers différents aspects ; ce qui a pu, à un moment donné, impacter les professionnels y exerçant.

2.1.7 La déclinaison des évolutions en EHPAD

La toilette, les mobilisations, les changes, la mort, la monotonie du travail sont un échantillon de notions auxquelles nous faisons volontiers allusion en référence au secteur de l'EHPAD. Le travail y est difficile physiquement et psychologiquement parlant avec des organisations souvent contraignantes (horaires coupés, manque de personnel). Cependant l'épanouissement dans ce type de structure y est possible. Toute cette dimension de relation et d'accompagnement de la personne âgée est en mesure de susciter l'intérêt chez les soignants. Comme le souligne le rapport de la DREES²⁷, « les professionnels sont le plus souvent engagés dans leur travail au sein de ces structures ». Néanmoins, bon nombre d'évolutions semblent rendre plus difficile l'équilibre entre ce que le soignant dégage de son travail en terme d'épanouissement et les efforts qui lui sont demandés de consentir.

- **Un accueil de nouveaux types de population**

Les évolutions se traduisent également à travers l'accueil de nouveaux profils de résidents que les organisations n'ont pas pris en compte et auxquels les soignants n'ont pas été spécifiquement formés. Les résidents atteints de troubles démentiels, de troubles psychiatriques, ou addictifs ne sont plus des cas isolés au sein de ce type de structure.

Il est également à relever l'accueil d'une population possédant un fort niveau d'exigence qui est à mettre en corrélation avec la société actuelle et les habitudes de vie associées.

- **Une majoration de la pénibilité physique et émotionnelle**

La population en EHPAD a évolué; il y a quelques décennies, nous pouvions retrouver des personnes valides au sein des structures pour personnes âgées. A l'heure actuelle, ces profils se font de plus en plus rares, comme le rapporte les dossiers de la DREES, en évoquant comme l'entrée « l'entrée » dans ce type de structure comme étant « la dernière étape de vie et lorsque les possibilités de maintien à domicile sont épuisées »²⁸

²⁷ Les Dossiers de la Drees, n°5, septembre 2016

²⁸ Ibid.

La majoration de la pénibilité est à pointer au regard d'un niveau de dépendance plus élevé. Les besoins en termes de soins techniques et de nursing se majorent. Les moyens humains n'étant pas mis en parallèle, cela agit sur la charge de travail et, de manière globale, sur leurs conditions de travail. L'activité aurait tendance à se recentrer sur les soins. Le raccourcissement des séjours hospitaliers est également à considérer vis-à-vis du niveau de soins à dispenser lors des admissions ou lors du retour au sein de l'EHPAD. Selon le rapport de la DREES²⁹, nous sommes dans une logique « d'amplification des tâches sanitaires au détriment du relationnel ». Est ce réellement l'aspect technique du soin que le soignant vient chercher en exerçant au sein des EHPAD ?

Le renouvellement fréquent des résidents est un autre aspect. Le soignant d'EHPAD doit faire preuve « d'adaptation récurrente » pour apprendre à connaître les nouveaux arrivants et s'adapter à leurs habitudes de vie. La réserve de temps, pour apprendre à connaître le résident, y est plus restreinte (...) rapprochant d'autant plus ce qui lui est demandé à ce qui peut l'être à un soignant du secteur sanitaire.

Les décès plus fréquents qui ponctuent la vie des EHPAD ne sont pas sans impacter les soignants. Les accompagnements de fin vie sont désormais très représentés, avec toute « cette dimension de charge traumatique que le contact répété avec la mort implique ». L'accompagnement du soignant évolue dans sa nature à travers cette dimension palliative.

- **Une organisation de travail plus contraignante**

L'organisation de travail se retrouve perturbée. Comme le souligne le rapport de la DREES³⁰, « la pression de la pendule », « les demandes de Directeurs à travailler vite » caractérise le travail en EHPAD. Il est demandé au soignant de faire vite et bien. Nous sommes dans la même logique que dans le secteur sanitaire avec toute cette dimension de contrôle avec lequel le soignant d'EHPAD n'était jusque là peu familiarisé.

L'harmonisation des prises en charge à travers les protocoles sont des éléments nouveaux auxquels le soignant d'EHPAD est amené à réfléchir. Il en est de même notamment par l'évolution, à travers l'utilisation de la technologie avec l'outil informatique, qui peut avoir comme biais d'être considéré comme déshumanisante au regard de la prise en soin comme le rapporte les dossiers de la DREES³¹.

Les organisations sont plus que jamais réfléchies en termes d'efficience, entre exigence d'économie et exigence de qualité. Le professionnel doit s'adapter à ces nouvelles données. Il est sans compter que la problématique de l'absentéisme est plus marquée en EHPAD, ce qui impacte d'autant plus les organisations déjà sous tension.

En s'appuyant sur le rapport de la DREES³², les différentes évolutions sont génératrices d'inquiétudes :

- « Inquiétude entre politique de restriction et engagement en faveur d'individualisation des pratiques
- Inquiétude au regard du contexte contraint et l'exigence de qualité
- Inquiétude par rapport au risque de déshumanisation des prises en charge
- Inquiétude par rapport à la médicalisation croissante des établissements. »

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

³² Ibid.

Il en ressort que ce n'est pas tant l'évolution des profils des résidents qui génère des interrogations chez les soignants mais bien dans la manière dont ils sont amenés à prendre en soins.

La réelle problématique de l'absentéisme, plus marquée en EPHAD et qui impacte d'autant plus les organisations déjà sous tension, ne serait elle pas à interroger au regard de la traduction de ces inquiétudes ?

En tout état de cause, ce contexte, avant même de parler d'absentéisme, est facteur de démotivation. Je développe ainsi ce deuxième concept clé - la motivation - dans la partie suivante.

2.2 La motivation

Avant même d'aborder le concept de la motivation en tant que tel, il me paraît judicieux d'explorer le rapport que l'homme entretient avec l'activité travail.

2.2.1 Le rapport de l'homme au travail

En s'appuyant sur le concept : « Le travail ce n'est pas en première instance le rapport salarial ou l'emploi, c'est le travailler, c'est-à-dire un mode d'engagement de la personnalité pour faire face à une tâche encadrée par des contraintes (matérielles et sociales) »³³ nous pouvons établir un lien entre la dynamique de motivation et l'activité travail.

Au-delà de la cette première remarque, il est important d'indiquer que le travail n'a pas toujours été une obligation, le caractère instinctif et inné n'étant pas de la partie. Comme le souligne Claude Lévy-Leboyer, « Pour les Grecs anciens, le travail est une malédiction et si les hommes y sont condamnés, c'est que les dieux ne les aiment pas »³⁴. Même si le rapport de l'homme avec le travail a évolué nous pouvons retenir que ce dernier n'a pas partout ni pour tous la même signification.

Et c'est peut être ce qui se joue dans cette perte d'élan. Pourquoi à un moment donné pouvions-nous trouver une dynamique de motivation et quelques années plus tard un désengagement du plus grand nombre. Les attentes et les attitudes des professionnels n'auraient elles pas évoluées ? La nature du travail et la signification dans la société ne seraient-elles pas en décalage avec leurs vécus du quotidien ?

Au-delà de ce questionnement, il convient de préciser que, de nos jours, nous travaillons pour trois raisons fondamentales : « gagner sa vie, exister socialement et faire des choses qui nous intéressent. Mais chacune de ces motivations a ses revers, poussant chacun tantôt à s'engager, tantôt à fuir »³⁵ comme nous le transcrit Achille Weinberg. La dimension de la motivation dans l'exécution du travail est clairement à considérer.

2.2.2 Les spécificités de la motivation

Ils existent une pluralité de définitions sur le concept de la motivation. Néanmoins de nombreux auteurs s'accordent à dire que la motivation est « à considérer comme une force, puisée à l'intérieur ou à l'extérieur de soi, déclenchant des comportements (avec une

³³ DEJOURS Christophe ; Mai 2001

³⁴ LEVY Leboyer Claude ; Re- motiver au travail P.21

³⁵ WEINBERG Achille, *Pourquoi travaille t on ?* Sciences Humaines, octobre 2012

certaine intensité et dans une certaine direction) et permettant ceux-ci d'être durables »³⁶. Il convient d'ajouter que des spécificités générales caractérisent ce concept et se déclinent comme suit :

La caractéristique « autodéterminée » ou « non autodéterminée » de la motivation

La motivation est ainsi « autodéterminée » lorsque nos actions sont choisies et approuvées et « non autodéterminée »³⁷ lorsque nous nous imposons de faire les choses ou qu'elles nous sont imposées.

Cet apport ne constituerait-il pas matière à expliquer en partie la perte d'élan des professionnels d'EHPAD. Les changements qu'ils vivent notamment à travers les nouvelles populations, la culture de l'évaluation, les réorganisations du travail, la restriction en termes d'effectifs constituent un échantillon des changements qui ont été imposés en quelque sorte aux soignants. La seule réponse serait à priori de s'adapter. Mais ont-ils les moyens et la volonté ?

Après cette première approche, entre choix et obligation de s'inscrire dans l'action, une deuxième distinction s'imbriquant à la première caractérise ce concept de motivation.

La nature « intrinsèque » et « extrinsèque » de la motivation

La motivation intrinsèque

Elle s'exprime lorsque nous faisons les choses par plaisir. Les rétributions dans ce type de motivation sont apportées par l'individu à lui-même.³⁸

Elle est très autodéterminée et trouve sa source dans trois formes différentes :

- « Des actions qui offrent des sensations fortes, par le désir de grandir, de se professionnaliser, de se montrer capable de répéter un geste indéfiniment pour s'améliorer
- Le plaisir d'apprendre de nouvelles choses, d'en savoir plus, de satisfaire notre curiosité ou de comprendre
- Le désir de donner du sens, l'accomplissement et le sentiment de relever des défis. »

Cette forme de motivation est en lien avec l'accomplissement dans le travail, la reconnaissance. Elle contribue au sentiment de satisfaction.³⁹

Au regard de la problématique de démotivation soulevée, ne serait-ce pas cette défaillance du caractère intrinsèque qui aurait, à un moment donné, stimulé cette dynamique de retrait en terme d'engagement au travail ?

La motivation extrinsèque

La motivation extrinsèque tend à construire des systèmes de motivation fondés sur les buts assignés aux individus ou qu'ils se donnent.⁴⁰

Le travail est intéressant en raison de son contexte : rémunérations, possibilités de promotion, sécurité de l'emploi, conditions de travail, compétences des responsables

³⁶ LABERON, Psychologie et recrutement. Modèles, pratiques et normalités, Bruxelles, De Boeck, 2011, p.201-218

³⁷ Coaching pro, *Comment retrouver la motivation au travail ?*, n°72

³⁸ Broedling ; 1977 ; p.276

³⁹ Dumond ; 2016

⁴⁰ Ibid.

La Motivation extrinsèque est suscitée par les buts définis par l'organisation, le comportement.⁴¹

Les rétributions dans la ME sont contrôlées et fournies par l'organisation⁴². L'activité peut être considérée comme un moyen en vue d'une fin. Elle s'exprime ainsi lorsque nous faisons les choses pour des raisons instrumentales « dans le but de... ». Elle prend des formes différentes qui s'étirent entre la non-autodétermination et l'autodétermination se traduisant par :

- « L'évitement d'une sanction ou l'obtention d'une récompense (la régulation externe). Il s'agit d'une forme non autodéterminée de motivation : nous nous sentons obligé de le faire
- La culpabilité (la régulation introjectée). Il s'agit d'une forme non autodéterminée de motivation : nous nous obligeons à le faire.
- La possibilité de concilier la situation avec d'autres activités importantes ou d'atteindre un autre objectif (la régulation par identification). Il s'agit d'une forme autodéterminée : nous choisissons de le faire, même si ce n'est pas par plaisir
- L'utilisation de mes valeurs, des principes que j'ai intégrés (régulation intégrée). Il s'agit d'une forme autodéterminée. »

Plus globalement dans le cadre de la motivation extrinsèque, nous retrouvons la politique de l'entreprise, les relations avec la hiérarchie, la rémunération, les conditions de travail, qui sont, quand à eux, sources de mécontentement et non pas de satisfaction.

Au regard de mon expérience relatée à travers ma situation de départ, de mes entretiens exploratoires, cette dimension de l'extrinsèque ne semble pas au cœur de la problématique. Cette remarque, pouvant être appuyé notamment par l'école des Relations Humaines qui, dès les années 1920, pointait que « les salaires et les conditions de travail ne suffisent pas à motiver les salariés... ».

2.2.3 L'amotivation

Cette notion désigne les personnes qui exercent leurs activités avec résignation, ne percevant aucune relation entre leurs actes et les résultats, soit pour des raisons externes (aucun feedback constructif perçu), soit pour des raisons qui leur sont propres (elles se croient de toute façon incapables d'atteindre les objectifs). Il s'agit de la forme de motivation la moins autodéterminée. Elle n'est pas intentionnelle, la personne n'agit ni par choix ni par plaisir.

A travers mes observations objectives sur le comportement adopté par les professionnels et relaté dans ma situation de départ, nous pouvons faire un lien avec cette qualification. Il n'en demeure pas moins que cette situation est à interroger, d'autant plus dans des professions qui ont pour vocation « le prendre soin ».

Après ces spécificités de la motivation développées, il me semble pertinent de reprendre les différentes théories qui sont venues, au fil du temps, éclairer ce concept de la motivation. Des liens pourront être ainsi établis entre les apports théoriques et la problématique de démotivation soulevée.

2.2.4 Les théories de la motivation

Il existe une pluralité de théories sur la motivation ; Je me suis par conséquent tourné vers celles que je jugeais les plus pertinentes au regard de l'éclairage de ma problématique.

⁴¹ Deci et Ryan, 2000 p.241

⁴² Broedling, 1977p.276

En m'appuyant sur Claude Levy-Leboyer⁴³, deux types de théories sur la motivation au travail sont à distinguer : les théories de contenus et les théories de processus.

Si nous suivons cette classification, en termes de théories de contenus, nous pouvons décliner les apports suivants :

- **La pyramide de Maslow⁴⁴**

Cette représentation sous la forme d'une pyramide fait état de 5 paliers de besoins organisés dans un ordre temporel défini.

L'idée véhiculée est que l'on se retrouverait dans l'incapacité de satisfaire un niveau de besoins si le précédent ne l'était pas.

Même si cette représentation n'est pas une théorie de la motivation en que telle, cette dernière est très connue dans le monde soignant. A travers cette hiérarchie des besoins proposée, une réflexion peut émerger. Si chacun de nous aspire à être au sommet de la pyramide, il est à noter que notre environnement de travail ne le permet pas forcément. C'est de cet écart, entre ambition et possibilité que la notion de démotivation pourrait s'immiscer.

- **La théorie d'Herzberg⁴⁵**

A travers cette théorie, une corrélation est établie entre motivations et les satisfactions au travail .Elle utilise un postulat commun à toutes les théories du besoin : la non satisfaction du besoin est source de motivation.

Herzberg distingue deux sortes de besoins : ceux qui sont propres à tous les êtres vivants (facteurs d'hygiènes) et ceux qui sont particuliers à l'homme (facteurs internes).

Les premiers (facteurs d'hygiènes) ne sont pas de véritables sources de motivation, mais simplement de satisfaction. Les besoins d'hygiène, dès qu'ils sont pourvus, réduisent l'insatisfaction et ne sont donc plus motivants. Par contre, la non satisfaction de ces besoins peut être source de mécontentement et donc de démotivation. Dans ces facteurs, se retrouvent les conditions de travail, les relations d'équipe, la rémunération,...

Seuls les facteurs internes sont source de motivation. Cette motivation est à rapprocher du contenu des tâches, de réussites, de promotion, d'indépendance et d'autonomie.

Pour satisfaire ces besoins, l'homme ne se lasse pas d'en faire le plus possible, non seulement pour l'atteindre mais aussi pour dépasser l'objectif qu'il s'est fixé.

Pour motiver les gens, Herzberg propose ainsi de leur donner un travail qui leur permette de se réaliser, qui offre donc la possibilité de faire une expérience enrichissante (variée, assez difficile, importante) et qui comporte une certaine autonomie et des responsabilités.

En effet, seuls les facteurs internes enclencheraient cette dynamique de motivation chez l'individu. De plus, même si cette théorie présente des limites, notamment sur son incapacité à nous éclairer sur le pourquoi qu'une personne se comporterait d'une manière plutôt que d'une autre, elle nous indique le rapport personnel que nous entretenons avec la dynamique de motivation.

Après cette approche des théories dites de « contenus », abordons celle de « processus » notamment à travers :

⁴³ LEVY Leboyer Claude ; Re- motiver au travail

⁴⁴ Coaching pro, *Comment retrouver la motivation au travail ?*, n°72

⁴⁵ MAUGERRI Salvatore, *Théories de la motivation au travail*

- **La théorie de Vroom**

La théorie de Vroom, contrairement à celle de Maslow ou d' Herzberg, ne se focalise pas sur les besoins, mais relie la motivation d'un individu à ses attentes et aux chances qu'il possède pour les atteindre.

La motivation est vue comme une force déterminée par trois facteurs qui se combinent de façon multiplicative

- l'expectation
- l'instrumentalité
- la valence

Motivation = V x I x E

Elle rend compte des interactions entre l'entreprise et les salariés :

Elle fait appel à la notion d'expectation.

Que puis- je attendre ? Quel niveau puis-je atteindre ? Que suis-je capable de réaliser ?

Cette perception de soi et cette confiance sont déterminantes dans la motivation.

La deuxième approche est l'instrumentalité :

Que vais- je obtenir par ma performance ?

Le travail va représenter un moyen d'obtenir une rétribution correspondant à l'effort.

La troisième composante est la valence :

Quelle valeur accorder aux avantages obtenus ? Il faut que les satisfactions qu'on en retire aient une réelle valeur aux yeux de la personne considérée.

Ces trois composantes sont essentielles à la motivation et ces notions subjectives varient d'un individu à l'autre.

A travers cette théorie, nous pouvons mieux comprendre en quoi la dynamique de motivation peut être compromise.

En effet à travers la notion d'expectation, le soignant, au regard des exigences et des moyens qui sont alloués, se positionne dans une posture inconfortable. Face à un questionnement du type « que puis- je attendre ? », il se positionne dans une situation de résignation.

Pour la notion d'instrumentalité, nous retrouvons la même défaillance. A la question : « que vais-je obtenir de ma performance ? ». Différents points pouvant fragiliser cette dimension d'instrumentalité méritent d'être soulevés :

- Les grilles salariales sont communes à chaque corps de métier
- La reconnaissance par l'institution n'est pas toujours au rendez vous
- La reconnaissance par le patient n'est pas toujours possible au regard de leurs niveaux de dépendance et de leur incapacité à en témoigner

Pour finir, reprenons la notion de valence qui est d'autant plus à interroger dans le secteur de l'EHPAD. La réponse à la question « Quelle valeur accordée aux avantages obtenus ? » n'est effectivement envisageable que si le professionnel considère qu'il y en a ...

Après avoir traité cette théorie de Vroom, une autre dite « de processus » me semble pertinente : la théorie de l'équité. Même si nous sommes dans une ère de l'individualisation des performances, la prise en compte du caractère subjectif et la perception de l'équité me semblent primordiales dans les dynamiques de motivation. Cette nouvelle donne n'est-elle pas à interroger, au regard la dimension du travail d'équipe que renvoie le travail soignant ?

- **La théorie de l'équité⁴⁶**

Les mêmes récompenses ne semblent pas motiver de la même façon. Chacun a une idée bien précise de ce qui constitue une juste récompense pour son travail. Le soignant compare ce qu'il apporte (qualification, effort, expérience) et ce qu'il reçoit (statut, salaire, reconnaissance) avec les autres professionnels.

Cette théorie est étroitement liée à la dynamique de motivation. En effet, si le soignant se retrouve lésé par rapport à un de ses collègues, le risque est qu'il se désengage dans son activité de travail.

D'une façon globale et pour clore cette partie sur les théories, je m'appuierais sur une citation de Claude LEVY-BOYER, « aucun modèle ne peut prétendre à synthétiser à lui seul toutes les dimensions du processus motivationnel, mais chacun l'éclaire en partie ».

Après cette exploration, autour du concept de démotivation, concentrons-nous sur la thématique véritable de mon travail de recherche qui est celle de la démotivation.

2.2.5 La démotivation

Bien que la démotivation soit un problème majeur pour bon nombre d'organisations, les sources sont incontestablement moins riches pour ce qui se rattache au concept de la motivation. Le raccourci qui consisterait à dire que c'est l'inverse de la motivation n'est il pas trop aisé ?

Néanmoins, en m'appuyant sur l'ouvrage « re- motiver au travail » de Claude Lévy Leboyer, il est bon de convenir que « Les personnes démotivées ne chercheraient plus à consacrer leurs efforts et leurs ressources intellectuelles à leur travail et adopteraient souvent des comportements de retrait, de négligence, de retard, d'absentéisme, de baisse de qualité ».

La démotivation serait générée notamment par (Chantal Rivaleau ; 2003)

- « Un travail aliénant, inintéressant, inutile, sans sens
- Un manque d'objectifs
- Un sentiment de manque de qualification
- Une absence de feed back
- Une iniquité et une non reconnaissance »

De nombreux items peuvent se mettre en corrélation avec le contexte de travail de l'EHPAD que nous avons pu décliner précédemment.

Je préciserais dans la partie suivante les facteurs contribuant, en fonction du versant que nous prenons, soit à la motivation soit au contraire à la démotivation du professionnel

⁴⁶ MAUGERI Salvatore, *Théories de la motivation au travail*

2.2.6 Les déterminants de la motivation

A travers JD Chiffre et J.Teboul, psychologues et en s'appuyant sur une enquête⁴⁷, une déclinaison des différents facteurs de motivation nous est proposée :

- Connaître les projets et les finalités de ce pour quoi on travaille
- Avoir un travail permettant de bien équilibrer vie professionnelle et privée
- Faire un travail stimulant et intéressant
- Avoir des informations sur la politique et les objectifs de l'entreprise
- Avoir un projet d'entreprise clairement défini et connu de tous
- Avoir un dialogue ouvert sur les autres personnes de son unité

La motivation désigne la relation qui s'établit entre un système interne à la personne et un environnement. Ce contexte comprend la nature du travail, la relation hiérarchique, la dynamique de l'équipe et plus largement l'unité.

Si un facteur venait à défaillir, l'individu est potentiellement sujet à la démotivation...

Néanmoins au-delà de cette formalisation à travers cette enquête, une pluralité de déterminants de la motivation nous est proposée par les différentes sources traitant de la motivation au travail. J'ai pu les décliner de manière non exhaustive comme suit :

- Sentiment de compétence
- Interaction adéquate avec son environnement
- Le respect des valeurs ou d'une certaine éthique
- L'autonomie
- Le soutien
- L'utilité dans le travail
- Les possibilités d'apprentissage
- La qualité de vos relations dans le travail
- Le plaisir que vous retirez en accomplissant le travail
- Le rôle au sein de l'organisation
- L'adhésion à la culture d'entreprise
- Le sentiment de justice
- La reconnaissance
- Le sens

Le sens et la reconnaissance au travail feraient partie des déterminants de la motivation. Le cadre de santé, par ses compétences, est en mesure d'agir sur ces derniers.

De plus, Il convient à nouveau de préciser que le rapport au travail est propre à chacun de nous. Une défaillance d'un même déterminant n'aura pas le même impact chez deux individus différents. Nous pouvons prendre de manière imagée l'exemple d'un curseur. A un moment « T » nous serons motivés et quand nous estimons que les désagréments sont supérieurs aux bénéfices résultant de l'activité, la dynamique de démotivation sera à même de s'initier.

Après cet éclairage autour des déterminants de la motivation, des apports complémentaires sur les sources et les répercussions de la démotivation me semblent pertinents afin d'aborder le dernier axe de mon cadre conceptuel axé sur le management. Je le décline comme suit :

⁴⁷ RIVALEAU Chantal, *Motivation et Rôle de Cadre de Santé*, mai 2003

2.2.7 Apports complémentaires

Les sources de démotivation peuvent être regroupées sous 3 axes⁴⁸ :

- La démotivation liée à l'individu

Il est à noter que nul n'est à l'abri d'aléas dans son parcours de vie. Chacun de nous peut être sujet à un moment donné à une dynamique de démotivation.

- La démotivation liée aux relations de travail

Les relations tendues ou inexistantes, la concurrence et le management défaillants sont quelques traductions de cette typologie de démotivation.

- La démotivation liée à l'organisation et au travail

La charge de travail, les exigences trop élevées, les incertitudes, les objectifs non définis, la non reconnaissance sont quelques caractéristiques d'une organisation défaillante génératrice de démotivation

Les conséquences non négligeables de la démotivation sont:

- Le désengagement du salarié

Une personne démotivée peut être stressée et cela peut affecter sa santé physique comme sa santé mentale.

Un salarié qui n'a plus de motivation peut être désagréable, agressive, voire violente, et cela nuit à ses relations professionnelles.

Faits qui peuvent être mis en corrélation avec ma situation de départ qui relatait une dégradation des relations interprofessionnelles :

- La démotivation nuit à la bonne marche de l'entreprise

Les salariés démotivés sont moins efficaces et voient une baisse de la qualité de leur travail, ce qui est sujet à interrogations, et plus particulièrement vis-à-vis du soin à l'humain.

Des professionnels démotivés seront plus sujets à l'absentéisme. C'est probablement à mettre en corrélation avec le fort taux d'absentéisme que connaît le secteur des EHPAD.

Un contexte de démotivation aura tendance à nuire à l'image que renverra la structure à l'extérieur. En effet, si l'on a écho d'un contexte de travail difficile, l'individu va forcément y réfléchir à deux fois avant d'y placer un de ses proches ou d'y postuler du point de vue professionnel.

Face à ce tableau, le cadre de santé, au regard de son positionnement stratégique, ne serait-il pas le mieux placé pour agir sur cette problématique de la démotivation que peuvent connaître les EHPAD ?

C'est dans cette logique, que je compte aborder dans la troisième partie de ce cadre conceptuel les leviers managériaux. Néanmoins au regard de ma situation de départ, de mon questionnement, de mes hypothèses, du cheminement permis par cet éclairage théorique, je développerai la place du cadre dans la dimension intrinsèque de la motivation.

⁴⁸<https://www.travailleursante.fr/Enjeux-et-Obligations-RH/Les-thematiques/mesurer-la-demotionn-causes-et-consequences.html>

Les deux notions qui me semblent centrales, celle de la reconnaissance et celle du sens au travail seront les épines dorsales de cette réflexion managériale.

2.3 Les leviers managériaux dans la dynamique motivationnelle

2.3.1 La place du manager dans le processus motivationnel

La compétence qui consisterait à motiver les équipes n'est pas formalisée au sein du référentiel du cadre de santé. Néanmoins en se positionnant comme le garant de la qualité et de la sécurité des soins, de l'efficacité et du bien être des équipes, l'investissement du cadre de santé dans la dynamique de motivation est essentielle.

Plusieurs méthodes sont potentiellement génératrices de motivations⁴⁹ : (Cailteux. C ; 2016)
La méthode la plus primaire s'apparentant à « la technique de la carotte et du bâton » pour susciter la dynamique motivationnelle. Cette option est elle véritablement de bon ton au regard d'une démotivation vraisemblablement bien ancrée ?

Une seconde méthode consiste à prendre en compte les besoins des salariés, « ouvrir l'œil sur leurs facteurs de satisfaction et d'insatisfaction, et adapter les solutions aux différents cas de figure ». Même si la réflexion est pertinente, Le cadre de santé peut il en prendre l'entière responsabilité et en a-t-il les moyens ?

Une troisième voie consiste à donner du sens au travail, « Je m'implique dans mon travail parce que je peux m'exprimer et me réaliser ». Dans ce cas de figure, ce n'est plus la tâche qui est au cœur de la motivation, mais l'intérêt pour cette dernière. Le manager de proximité n'a-t-il pas à prendre toute sa place afin d'agir sur ce paramètre, relatif à « l'intrinsèque » ?

Au-delà de cette vision générale des leviers managériaux, intéressons nous plus particulièrement aux différents rôles⁵⁰ que le cadre de santé est en mesure d'occuper dans le cadre de la promotion d'une dynamique motivationnelle dans le champ intrinsèque.

2.3.2 Quatre rôles prévalent du manager de santé dans la motivation

Un Rôle dans le sens :

« Le cadre de santé doit être mesure d'expliquer le pourquoi on fait les choses. Donner du sens à l'activité soignante est de sa responsabilité, s'il souhaite la préservation de la motivation des équipes sous sa responsabilité »

Un Rôle dans la reconnaissance :

« Elle est considérée comme un facteur déterminant de la motivation – La reconnaissance contribuerait à renforcer l'identité et l'image de soi.

La reconnaissance de la personne et de la qualité du travail fourni contribue ainsi selon elle au sentiment de tâche accomplie et d'utilité de la personne dans le processus de santé. Le jugement du cadre de santé sera ainsi assimilé à celui que peut porter l'institution. »

Un rôle dans l'image :

« La valeur de l'exemple véhiculé par l'encadrant est une condition majeure de la motivation des équipes. Les rapports de confiance, de respect, de reconnaissance, de justice seront autant de marques du manager contributives à la motivation des équipes. Il sera également important, pour un professionnel d'encadrement de véhiculer l'image du professionnel en capacité de valoriser les points forts et pas uniquement les défauts. »

⁴⁹ Cailteux. C ; 2016

⁵⁰ RIVALEAU Chantal, *Motivation et Rôle de Cadre de Santé*, mai 2003

Un rôle dans les projets :

« La dynamique de projet mené par le cadre de santé stimule la motivation. Il est de son rôle de recueillir les intentions et les propositions pour rendre l'équipe partie prenante. »

Même si ces quatre rôles ne sont qu'un échantillon des déterminants de la motivation, il n'en reste pas moins prévalent dans le secteur de la santé.

Au regard de ces quatre leviers, qui ont pour ambition de concourir à la motivation intrinsèque, nous pouvons nous interroger si des corrélations entre ces derniers sont possibles.

Les projets, L'image, La Reconnaissance ne sont ils pas contributifs au sens accordé au travail ?

En effet, de nombreux leviers sont à disposition du cadre de santé ; néanmoins au regard de ma situation de départ, de mes hypothèses posées et de ma réflexion menée au début de ce cadre conceptuel, deux d'entre eux méritent un apport plus approfondi :

- La reconnaissance au travail
- La dimension du sens dans le travail

2.3.3 La reconnaissance au travail

• La place de la reconnaissance

Le paramètre de la reconnaissance au travail est central. Au regard de nombreuses études, la reconnaissance est devenue une demande quasi unanime chez les salariés.

Prendre en compte la dimension de reconnaissance dans le contexte du travail n'est pas à négliger en termes de bénéfices escomptés. En effet, elle est présentée, par certains écrits, de manière globale comme :

- « Un agent de développement des personnes
- Un pivot de la santé mentale au travail
- Un facteur de résistance au stress
- Une source de mobilisation et d'engagement organisationnel
- Un rôle dans le succès des transformations organisationnelles
- Une influence positive sur la productivité et la performance des organisations »⁵¹

Même si nous percevons l'intérêt majeur de la reconnaissance au travail à travers ces divers aspects, c'est plus particulièrement la reconnaissance en tant que « source de motivation et de satisfaction »⁵² et « constituant du sens du travail »⁵³ décrite par cette même source, qui va nourrir ce travail de réflexion.

• La place de la reconnaissance dans la motivation

La reconnaissance est un concept au cœur de la dynamique motivationnelle. Le désir central des humains est un désir de reconnaissance. Dans la situation où l'expression de cette dernière s'avère défailante, on constatera « une dynamique de démotivation, une cassure

⁵¹ Brun JP ; 2005

⁵² Bourcier et Palobart ; 1997

⁵³ Mow ; 1987 ; Morin ; 1996

de la volonté nécessaire de l'homme au travail et une attaque portée à l'identité de l'opérateur » ; de manière intellectualisée, « Puisque je suis ce que je fais, pourrait on dire, ignorer mon travail revient à m'ignorer »⁵⁴. Dejours appuie cette réflexion en positionnant ainsi la reconnaissance comme « le vecteur de l'identité »⁵⁵

Il convient ainsi d'asseoir l'idée que la reconnaissance influe sur la motivation, mais sous quelles formes peut-elle s'exprimer ?

- **Les quatre pratiques de reconnaissance au travail**⁵⁶

Ces quatre grandes approches de la reconnaissance peuvent être positionnées selon un schéma d'ensemble distribué de la personne jusqu'au résultat, en passant par le processus de travail.

Elles se déclinent comme suit :

- La reconnaissance existentielle

« La reconnaissance existentielle porte essentiellement sur l'employé en tant qu'être humain distinct possédant une identité et une expertise unique. Elle se manifeste par des gestes posés au quotidien lors de contacts et d'échanges. Il s'agit d'une forme de reconnaissance accordée d'emblée à chacun pour la simple raison qu'il est un être humain. En vertu de cette reconnaissance, la personne se voit accorder le droit à la parole ainsi que la possibilité d'influencer les décisions organisationnelles. Bien que la reconnaissance existentielle puisse être traduite sur la base de pratiques formelles, elle est surtout de nature informelle et non pécuniaire. »

Exemples : Prendre des nouvelles de la personne, consulter les employés, permettre un aménagement des horaires de travail, donner accès à des programmes de formation...

- La reconnaissance dans la pratique de travail

« La reconnaissance de la pratique concerne la manière dont l'employé effectue sa tâche. Elle tient également compte des comportements du travailleur, de ses qualités professionnelles et de ses compétences. Elle porte, entre autres, sur la créativité, l'innovation et l'amélioration continue des méthodes de travail. Cette forme de reconnaissance vise à souligner la manière dont l'employé exécute ses tâches professionnelles. Le professionnel en retire généralement un sentiment d'estime et de compétences personnelles »

Exemples : Emettre des commentaires sur les qualités professionnelles, invité à présenter les travaux de l'employé, souligner l'innovation des employés, reconnaître l'expertise de chaque membre de l'équipe et lui proposer des mandats à sa mesure....

- La reconnaissance de l'investissement dans le travail

« La reconnaissance de l'investissement dans le travail souligne la qualité et l'importance des efforts fournis par l'employé dans le but de contribuer au processus de travail .En fait, elle met en évidence la contribution des employés, les risques qu'ils prennent pour mener à terme les projets de l'organisation, et l'énergie qu'ils déploient, et ce, indépendamment des résultats obtenus. Elle souligne l'apport des employés au fonctionnement de l'organisation. »

⁵⁴ Dumond ; 2016

⁵⁵ Dejours ; 1993

⁵⁶ Gestion, volume 30, numero2 été 2005 / cgsst.com/les 4 formes de reconnaissances au travail

Exemples : Remercier verbalement un employé pour son implication, Applaudir et faire applaudir lors d'une réunion pour relever l'effort investi dans un projet d'équipe, écrire une lettre personnalisée pour souligner le courage et la ténacité d'un employé....

- La reconnaissance des résultats du travail

« La reconnaissance des résultats porte sur les fruits du travail de l'employé ou de l'équipe. Il s'agit en fait d'un jugement et d'un témoignage de gratitude basés sur l'efficacité, l'utilité et la qualité du travail réalisé par un travailleur ou un groupe d'employés. Il importe de préciser que cette forme de reconnaissance est conditionnelle aux résultats obtenus et qu'elle se manifeste uniquement après que la tâche ait été accomplie. Pour l'employé, c'est sa contribution à l'entreprise qui se trouve ainsi valorisée, d'où un plus grand sentiment d'importance dans l'organisation. La reconnaissance des résultats est souvent exprimée de façon formelle ».

Exemples : Rencontrer un employé pour parler de ses réalisations, tenir une cérémonie soulignant une réussite particulière, écrire une lettre personnalisée lorsqu'un objectif précis est atteint ...

Ces quatre formes de reconnaissance sont complémentaires et interdépendantes. Il convient donc d'avoir recours, dans le quotidien, à ces quatre grandes formes de reconnaissance dans la perspective de combler les besoins diversifiés des salariés.

Aucune de ces manifestations de reconnaissance au travail ne devrait être utilisée seule ou être considérée supérieure à une autre. L'expression et la manifestation de reconnaissance en milieu de travail doivent être à l'image de l'être humain, c'est-à-dire dynamiques, diversifiées et authentiques.

Ainsi, la problématique de démotivation est probablement corrélée à un défaut d'un ou plusieurs types de reconnaissances développées précédemment. Cela est d'autant plus plausible lors de l'évocation du manque de reconnaissance perçue par la tonalité des ressentis formulés par les salariés dans ma situation de départ. Néanmoins, Nous pouvons nous interroger si cette pratique de reconnaissance est, chez le manager, aussi naturelle que nous pourrions le croire et dans quelle mesure on peut lui rattacher l'entière responsabilité ?

Il reste cependant une réalité : « La validation du travail, par la reconnaissance accordée par les autres, contribue de façon majeure à la construction du sens au travail. Sans la reconnaissance, la souffrance générée par la rencontre avec le travail reste en effet dépourvue de signification ».⁵⁷

C'est à partir de cette réflexion que nous allons aborder la notion de sens au travail.

2.3.4 Le sens au travail

- **L'approche du sens au travail**

Pour débiter cette exploration, de ce que peut être la notion de sens, il est pertinent de l'aborder de manière globale.

Nous pouvons nous appuyer sur une définition qui se décline comme suit :

« Le sens du travail s'appuie sur le rapport qu'une personne développe avec les activités qui définissent son rôle. Bien que le sens qu'une personne attribue à son travail soit fortement

⁵⁷ Cairn ; 2009

subjectif, moulé par divers facteurs, il y a des stimuli communs partagés de façon implicite par l'ensemble des travailleurs qui œuvrent dans l'organisation. »⁵⁸

De plus, au regard des enquêtes portées sur le sens au travail, une distinction peut être établie entre « sens du travail » et « sens au travail. »

Le « sens du travail » se rapporte aux tâches ou aux activités qui s'inscrivent dans un rôle, une fonction.

Tandis que le « sens au travail » s'applique aux relations qu'une personne entretient dans son milieu de travail avec ses supérieurs, ses collaborateurs, ses collègues et sa clientèle. Cette distinction est appuyée notamment par Pratt et Ashforth qui émettent l'idée que le sens qu'une personne attribue à son travail et à son milieu de travail est intimement lié à son identité. « L'employé se sent bien parce que son travail et son milieu de travail ont un sens à ses yeux »⁵⁹.

Un troisième point vient étayer ce concept de sens, à travers une dimension antagoniste : celle de non - sens. Cette situation s'assimile à un travail qui peut paraître absurde pour celui qui l'exécute l'exposant ainsi à une perturbation de son bien être psychologique.

Le cadre de santé a un champ d'actions possible pour que le travail, en tant que tel, et l'environnement, dans lequel il s'exerce, soient générateurs de sens. Le non sens au travail de ses collaborateurs, induisant notamment une dynamique de démotivation, ne pourra que lui complexifier sa tâche de professionnel d'encadrement. Nous pouvons donc nous interroger si l'attitude de retrait de la cadre de santé présentée dans ma situation de départ n'est pas à mettre en corrélation avec un sentiment de « non -sens » déjà bien installé au sein des équipes sous sa responsabilité.

Au-delà de ce questionnement singulier, il en demeure pas moins que le manager de proximité reste en position d'agir pour apporter du sens.

- **Le sens et le management**

Le psychosociologue K.E Weick fut le premier à traduire ce besoin de sens dans le domaine de management, à savoir la théorie du « Sensemaking », ou la construction de sens dans l'action. Pour ce chercheur, le sens est « une dynamique collective où les individus interagissent sous forme d'actions organisées et d'informations. La création de sens est un processus, continu et sans fin, cyclique plutôt que linéaire, dans lequel diagnostic, interprétation et actions se succèdent sans interruption »

La responsabilité du management est d'autant plus forte au regard de la perte de sens que peut générer les transformations du secteur du soin à la personne.

Le milieu hospitalier a subi des modifications profondes : d'hôpital charité, il est devenu hôpital entreprise où les patients sont maintenant clients, où les soins coûtent et doivent être rentables. Le professionnel de santé est devenu aussi gestionnaire, qualicien, comptable. On parle alors d'hôpital en crise, que l'on explique par la succession des plans hospitaliers, les 35 heures et la baisse de la démographie médicale et soignante.

⁵⁸ Le travail - Plus de sens, moins de stress » Prévention au travail, vol 22, no 2, pages 24-25, printemps 2009

⁵⁹ Le travail - Plus de sens, moins de stress » Prévention au travail, vol 22, no 2, pages 24-25, printemps 2009

« L'étude porte sur la perte de sens ressentie au travail qui s'installe de façon lente et insidieuse. Le salarié ne comprend plus son univers de travail, il est privé de ses repères et perd de vue la finalité de ses tâches. Il est ballotté par les modifications importantes de l'environnement social de ces dernières années, la montée de l'individualisme et la fragilisation des solidarités, les changements rapides des modes de fonctionnement professionnel issus des nouvelles technologies de gestion et de communication, de l'ingénierie des processus, de la rationalisation des coûts. Il se replie sur lui-même, se demande « pourquoi » et réalise les tâches pour lesquelles il est payé comme d'habitude, mais sans conviction. Au mieux, il est insatisfait, démotivé, désengagé, au pire il est en burn out. »⁶⁰

Pour compléter cette idée de perte de sens à laquelle les managers sont confrontés, nous pouvons faire référence à une nouvelle pathologie liée au monde du travail : Le « Brown out ». Cette expression signifie littéralement « baisse de courant », le salarié ne comprend pas (ou plus) son travail ». ⁶¹

A travers cette réflexion, nous pouvons effectuer une corrélation franche avec la situation initiatrice de ce travail de recherche. Cette démotivation ne serait-elle pas la résultante de cette perte de sens ? Le cadre de santé n'aurait-il pas un rôle à jouer ?

Même si la tâche du manager se retrouve plus ardue dans la dynamique de sens dans le travail, au regard du contexte contraint évoqué, il n'en reste pas moins qu'il peut s'appuyer sur des paramètres pouvant tout du moins l'influencer.

Les 6 caractéristiques qui donnent un sens au travail (au regard de l'étude de l'IRSST)⁶²

- L'utilité sociale
- L'autonomie
- Les occasions d'apprentissages et de développement
- La rectitude morale
- La qualité des relations
- La reconnaissance

En dehors de l'utilité sociale et de la rectitude morale, le cadre de santé peut pleinement agir sur ces paramètres générateurs de sens.

En corrélant ces derniers avec la notion de sens au travail, nous pouvons les décliner comme suit :

- L'Autonomie

« Pour que le travail ait un sens, il doit permettre à l'individu qui l'exécute d'exercer ses compétences et son jugement, de faire preuve de créativité dans la résolution des problèmes et de pouvoir exprimer ses opinions quant aux décisions qui le concernent ». (Ex : le cadre qui confie à une infirmière la responsabilité de mener un groupe de travail au regard de ses compétences (Soins Palliatifs, Plaies ...) pour obtenir les résultats qu'on attend d'eux dans ces domaines)

- Occasions d'apprentissages et de développement

« Un travail qui a un sens ne fait pas que correspondre aux intérêts professionnels d'un employé. Il lui permet de développer ses compétences, de se perfectionner et de

⁶⁰ Cairn ; 2011

⁶¹ Figaro ; 27 octobre 2016

⁶² Etudes, IRSST, *Donner un sens au travail*

s'épanouir. » (Ex : le cadre de santé qui positionne un aide soignant ou un infirmier en position de tuteur d'étudiants)

- La qualité des relations

« Pour que le travail ait un sens, il doit être réalisé dans un milieu qui stimule le développement de relations professionnelles positives, de contacts intéressants, de bonnes relations interpersonnelles et qui permet de développer une complicité avec ses collègues, d'obtenir leur soutien et d'exercer son influence au sein d'une équipe ou d'une organisation. »

- La Reconnaissance

« Avoir le respect et l'estime de ses supérieurs et de ses collègues et être satisfait du soutien, du salaire et des perspectives de promotion sont autant de facettes de la reconnaissance en milieu de travail. » (Ex : le manager qui souligne la participation de ses collaborateurs à un projet pose un geste évident de reconnaissance.)

Ces quatre leviers développés sont contributifs au sens au travail. Or au regard de mes hypothèses, un axe mérite d'être exploré de manière plus approfondie :

- **La reconnaissance comme générateur de sens**

Son rôle dans le sens peut se décliner en deux niveaux majeurs :

Le premier vient du fait même que l'individu se sent reconnu, qu'il éprouve ce sentiment.

Le second est représenté par les témoignages ponctuels de reconnaissance qui sont donnés par l'entourage professionnel, notamment par le manager.

Dans ma situation de départ, ces deux niveaux semblent perturbés. En effet, le soignant manifeste un sentiment de non reconnaissance avec un professionnel d'encadrement qui ne peut s'inscrire pleinement dans cette dynamique à travers l'attitude de retrait décrite.

Or, si l'on se place du côté du « donneur de sens », « la reconnaissance devient un formidable outil de management et permet entre autres de préserver et de développer la personne en agissant sur l'estime de soi, la satisfaction, la motivation et le bien être. Plus largement, elle devient un puissant levier de performance des organisations : en accroissant la motivation. »⁶³

« Redonner du sens par la reconnaissance est un atout et un élément de pilotage pour les organisations. Ces outils de mise en application apparaissent simples, évidents et à la portée de la plupart des managers : respect, courtoisie, valorisation, délégation, implication, communication, cérémonies... Néanmoins, ils restent peu utilisés et peu intégrés dans les stratégies d'entreprises à tous niveaux. »⁶⁴

Malgré tout, je m'interroge sur cet apport. En effet, la cadre de santé, malgré l'utilisation de ces outils précédemment décrits n'a pas pu enrayer la spirale de la démotivation au sein de l'EHPAD. Ces marques de reconnaissance ne seraient-elles tout simplement plus audibles, suffisantes, au regard des contre sens que vivent au quotidien les professionnels soignants ? En effet, à force de s'efforcer à faire des choses, auxquelles nous ne croyons plus et dont nous savons que l'impact n'est plus là, une dynamique de démotivation peut s'inviter, au même titre, chez le manager.

⁶³ Cairn ; 2011

⁶⁴ Ibid.

Pour clore, cette séquence d'éclairage théorique sur le sens au travail, il me semble pertinent d'ajouter que bien que « le sens qu'une personne attribue à son travail soit fortement subjectif, moulé par divers facteurs, il y a des stimuli communs partagés de façon implicite par l'ensemble des travailleurs qui œuvrent dans l'organisation. »⁶⁵

Il convient donc, pour le cadre de santé, de s'engager dans cette quête de sens dans l'espoir de retrouver et/ou de maintenir une dynamique de motivation au sein des équipes soignantes sous sa responsabilité.

Plus globalement, au regard des apports développés, le cadre de santé est-en mesure d'agir sur la motivation, notamment à travers la reconnaissance et le sens au travail. Néanmoins sa position, liée à sa fonction et à son interdépendance entre sommet hiérarchique et base opérationnelle, avec des singularités personnelles et collectives, fait du manager un acteur qui ne détient vraisemblablement pas toutes les cartes en main pour appréhender la problématique de démotivation.

2.3.5 Les limites

Les limites peuvent être de diverses natures. En effet, la politique générale de l'établissement, la personnalité du cadre peuvent constituer des freins à la dynamique motivationnelle.

Cependant, je fais le choix de cibler quatre limites auxquelles est confronté le cadre de santé, dans la dynamique motivationnelle du quotidien.

- Le rapport singulier de chacun à la motivation

La motivation n'est pas maîtrisable. La motivation fait partie des processus psychiques qui relèvent de la liberté de l'individu. Ils peuvent être influencés mais pas contrôlés. La motivation d'une personne ne s'obtient pas de manière mécanique. « Elle se construit de manière contingente au cours d'un processus ... »⁶⁶

En effet, si je m'appuie sur ma situation de départ, même si la tendance générale s'apparente à un climat de démotivation, certains soignants parviennent toujours à trouver un sens et rester motivés.

- La temporalité de la motivation : une dynamique jamais définitivement acquise

Nous pouvons nous appuyer sur le « dialogue motivationnel » à travers une schématisation en « W » « Le deuxième V de ce W est déjà une reprise du premier. Le dessin peut se poursuivre et requiert qu'il le soit. Sa fin signifie l'essoufflement de la motivation et une des difficultés du management est justement de le poursuivre tout au long de la carrière, même si son intensité peut varier. »⁶⁷

Les soignants motivés à un moment donné ne se retrouvent pas forcément à un moment ultérieur. C'est dans ce cadre là que nous pouvons nous interroger si la reconnaissance contributive au sens du travail a été suffisante au regard de l'investissement fourni et perçu par l'agent.

⁶⁵ Le travail - Plus de sens, moins de stress » Prévention au travail, vol 22, no 2, pages 24-25, printemps 2009

⁶⁶ Dumont JP ; 2016

⁶⁷ Ibid.

- La limite du levier de reconnaissance dans la dynamique de motivation

P. Molinier a montré, à partir de sa description des savoirs faire discrets chez les infirmières, comment l'efficacité de certaines activités est dépendante de leur invisibilité, ce qui soulève de sérieuses difficultés à leur reconnaissance⁶⁸

Les métiers soignants sont marqués par ce travail invisible. Le manager peut comptabiliser le nombre de pansements, de prélèvements sanguins que l'infirmier est amené à réaliser. Cependant perçoit-il de manière précise tout ce que le professionnel a du mobiliser comme efforts pour réaliser l'acte ? Ne serait-ce pas à la reconnaissance de ce travail invisible que le soignant aspire ?

- Une approche de la motivation qui doit s'appréhender de façon large et globale

Pendant longtemps les théories de la motivation ont été fondées sur des approches universalistes, soit liées à l'individu (besoin de récompense, de reconnaissance sociale, d'accomplissement,...) soit en rapport avec la nature de l'organisation (contenu des tâches, style de management, ambiance de travail, ...). Selon Claude LEVY-BOYER, « aucun modèle ne peut prétendre à synthétiser à lui seul toutes les dimensions du processus motivationnel, mais chacun l'éclaire en partie »⁶⁹.

C'est à partir de cette théorie que le cadre de santé peut clairement jouer son rôle dans la promotion d'une dynamique motivationnelle afin de permettre, notamment, la satisfaction des usagers et une qualité de vie au travail.

2.3.6 Retour sur hypothèses et question de départ : ma question de recherche

Au regard de mon cadre théorique, ma réflexion sur cette thématique s'est affinée. Il en ressort que mes deux hypothèses posées au préalable semblent en ressortir renforcées et pertinentes.

Pour rappel :

1. Redonner du sens à l'activité soignante au sein de l'EHPAD par le cadre de santé peut permettre de prévenir la problématique de la démotivation.
2. La reconnaissance du travail soignant en EHPAD par le cadre, participe à donner du sens, l'exposant dans une moindre mesure au risque de démotivation de son équipe.

Néanmoins cet apport théorique m'a permis de faire émerger en moi, un certain nombre de questionnements contribuant à faire évoluer ma question de départ en problématique de recherche.

Les questionnements se déclinent comme suit :

- La discordance entre charge de travail et moyens alloués au sein des EHPAD ne sont-elles pas propices à un climat de démotivation ?

⁶⁸ Molinier ; 2006

⁶⁹ LEVY Leboyer Claude ; *Re-motiver au travail*

- La singularité du rapport à la motivation de chacun ne rends t il pas l'approche de la dynamique motivationnelle complexe ?
- Les leviers managériaux à la disposition du cadre de santé afin de promouvoir une dynamique motivationnelle en sont ils une garantie infaillible ?
- L'interdépendance du manager et un défaut d'engagement de sa part ne pourrait ils pas se présenter comme des freins ?

Au regard de cet échantillon de questionnements, une problématique de recherche se profile :

En quoi un management de type situationnel mené par le cadre de santé contribue-t-il à la dynamique motivationnelle des professionnels au sein de l'EHPAD ?

3 Méthodologie d'enquête

3.1 La description de la population retenue et sa justification

Présentation du panel :

- **Aide Soignant numéro 1** : Jeune femme de 28 ans, qui exerce en EHPAD de statut Public en Province (Vendée) et ce dès l'obtention de son diplôme en 2010 (1er poste).
- **Aide Soignant numéro 2** : Femme de 39 ans, qui exerce en USLD de statut Public en Ile de France. Diplômée AS en 2008, elle occupait la fonction d'ASH dans les soins auparavant également en gériatrie.
- **Infirmière numéro 1** : Jeune femme de 27 ans, qui exerce en EHPAD de statut Public en Province (Vendée) et ce dès l'obtention de son diplôme en 2012 (1 er poste).
- **Infirmière numéro 2** : Femme de 50 ans, qui exerce en EHPAD de statut Public en Province (Mayenne). Diplômée en 1999, elle a alterné différents services : SSR, SLD et EHPAD au sein du même établissement.
- **Cadre numéro 1** : Femme de 57 ans, qui exerce en EHPAD de statut Public en Province (Loire Atlantique). Diplômée cadre depuis 2008, elle a occupé un poste en psychiatrie puis en EHPAD depuis 2012.
- **Cadre numéro 2** : Femme de 50 ans, qui exerce en EHPAD de statut Public en Province (Vendée). Diplômée cadre depuis 2004, elle a pris un poste en EHPAD en 2010.
- **Cadre numéro 3** : Femme de 56 ans, qui exerce en EHPAD de statut Public en Province (Vendée). Diplômée cadre depuis 2010, en position de Faisant Fonction depuis 2008, elle a toujours exercé sur le même EHPAD.
- **Cadre numéro 4** : Femme de 50 ans, qui exerce en USLD de statut Public en Ile de France. Elle est en position de Faisant Fonction depuis 10 ans, toujours en gériatrie.
- **Cadre numéro 5** : Femme de 56 ans, qui exerce en USLD de statut Public en Ile de France. Elle est en position de Faisant Fonction depuis 2014, toujours en gériatrie.

La justification du choix de la population retenue :

En ce qui concerne le nombre, 9 professionnels : au regard des contraintes de temps, et sans que cela soit anecdotique, 9 entretiens m'a semblé un bon compromis. J'ai eu dès le départ le souhait d'explorer les populations soignantes les plus représentatives que j'aurai à manager, en lien avec la dynamique de motivation. La décision fut alors d'interroger des AS, des IDE et des cadres. Ma formation étant destinée à devenir cadre de santé, il m'a semblé logique de m'entretenir avec un nombre plus conséquent d'entre eux soit 5 individus de cette fonction.

Au final, j'ai pris la décision de mener 9 entretiens, 2 avec des AS, 2 avec des IDE et 5 avec des cadres.

J'ai fait le choix de diversifier les régions pour l'ensemble des catégories professionnelles.

J'ai volontairement diversifié les classes d'âges, qui je l'avoue a été plus difficile pour les cadres de santé.

J'ai fait le choix de m'entretenir avec deux Faisant Fonction Cadres de Santé ce, qui me semble potentiellement intéressant en termes d'analyse entre différents regards FFC/ Cadre. J'ai élargi, non par choix au départ, mais qui avec du recul m'a semblé pertinent afin de faire d'éventuelles comparaisons, mes entretiens au-delà de l'EHPAD à travers des services de gériatrie type USLD.

Je n'ai malheureusement pas pu explorer le secteur privé ; en effet, aucun retour ne m'est parvenu à mes sollicitations.

Voilà comment, j'ai pu élaborer mon panel de professionnels, ressources incontestables de ce travail de recherche.

3.2 La méthodologie du recueil de données

Présentation de l'outil dans son intérêt et dans sa structuration :

J'ai fait le choix d'effectuer des entretiens semi directifs, avec deux grilles différentes, l'une pour les professionnels soignants (AS/IDE), l'autre destinée aux cadres.

- **Son intérêt**

Technique qualitative de recueil d'informations, l'entretien semi directif permet de recueillir des informations précises sur des thèmes préalablement définis et formalisés dans un guide d'entretien.

L'entretien semi directif apporte une richesse et une précision grâce notamment aux possibilités de relances et d'interactions entre l'interviewé et l'intervieweur. En effet, contrairement à l'entretien directif, il ne ferme pas le discours, dans des questions prédéfinies, il laisse la personne entretenue développer et orienter ses propos, les différents thèmes devant toutefois être abordés.

En effet, il garantit l'étude de l'ensemble des questions qui intéresse l'enquête. Cette technique permet la comparaison des résultats.

- **Sa structuration**

J'ai construit deux grilles d'entretien distinctes selon la population interrogée, regroupées sur un même support. J'ai fait le choix, pour plus de clarté, d'opter pour un code couleur : le bleu, pour les questions destinées aux soignants (AS/IDE) et le rouge pour celles réservées aux cadres.

Au regard de mon cadre conceptuel et de mes hypothèses formulées, j'ai dégagé 6 grandes thématiques assorties d'une ou deux questions principales et de questions de relance (ouvertes et fermées) pour chaque guide.

Même si les questions proposées s'avèrent différentes selon le public visé, l'objectif formalisé était le même.

En effet, l'ambition finale reste commune, soit valider ou invalider mes hypothèses formulées dans ce travail de recherche.

3.3 Les conditions de réalisation des entretiens

Les entretiens ont été menés sur la période du 13 au 30 mars 2017.

Sept entretiens ont été menés sur le lieu de travail des professionnels, deux par téléphone.

Leur durée a oscillé entre 18 min pour le plus court et 27 min pour le plus long.

Soucieux de la méthodologie de l'entretien, j'ai ainsi resitué le contexte de l'entretien et donné toutes les précisions nécessaires (entretien enregistré, durée, garantie de l'anonymat, pas de bonne ou de bonne réponse,...) avant la conduite de chaque entretien

De plus, il m'a semblé pertinent de rester « général » sur la thématique de mon travail de recherche, sans détailler ma problématique ni mes hypothèses pour plus de pertinence des retours.

3.4 Les impressions de l'apprenti chercheur post entretien

Avec la population cadre, de manière générale, j'ai ressenti de la retenue, des réponses non spontanées. Le déclaratif ne me semblait pas toujours en adéquation avec le fond de la pensée. Le changement de tonalité, des gestes parasites me conforte dans cette idée.

Pour les professionnels soignants, là encore, j'ai trouvé certains professionnels dans la retenue, par crainte selon moi, que leurs déclarations leur portent préjudice. J'ai constaté un écart entre les professionnelles que je ne connaissais pas et celles avec qui j'avais pu entretenir des liens. La dimension de confiance me semble à considérer ; cette dernière permettant une parole plus franche.

3.5 La pertinence et les limites de l'entretien

La pertinence de l'entretien est de pouvoir donner l'opportunité de recueillir des informations approfondies sur les valeurs, les faits et les comportements des personnes interrogées. Cet outil permet également d'accomplir un tour d'horizon rapide des thématiques à évaluer.

L'entretien est un outil pertinent, certes, mais comporte des limites. En effet, il est difficile de tirer des conclusions générales, d'autant que le nombre d'entretiens, menés (9) dans le cadre de ce travail de recherche, reste anecdotique. Nous pouvons également pointer l'aspect chronophage tant dans la conception, la conduite que dans l'interprétation.

Un dernier point me semble à considérer : le niveau de connaissances et la réelle volonté des interviewés à vouloir répondre. En effet, une réflexion sur le choix des informateurs est à mener.

3.6 Ma méthodologie d'analyse

Différents temps ont ponctué cette analyse.

Le premier, chronophage, a été celui de la retranscription des entretiens. Sans cette première étape, aucune analyse ne m'aurait été possible.

Un second, dénommé « grille de dépouillement », a consisté à regrouper, sous différentes grandes thématiques, toutes les déclarations qui pouvaient s'y rattacher toutes catégories professionnelles confondues.

Un troisième « Présentation des résultats : Tri à plat », a consisté à réunir les verbatims par catégorie professionnelle et à organiser également en thématique. Pour plus de clarté, j'ai effectué une synthèse des verbatims pour chaque thématique et ce pour l'ensemble des catégories professionnelles. J'ai ainsi constitué 3 présentations de résultats (AS/IDE/CDS).

Une quatrième étape, dite « interprétation des résultats », a permis de donner du sens aux résultats en confrontant les chiffres au cadre de référence. J'ai également, dans cette phase, élaboré 3 analyses, une pour chaque catégorie professionnelle.

Puis lors d'une dernière phase « Synthèse des 3 analyses », j'ai pu faire un état des lieux sur les convergences et les divergences qu'il m'était possible de soulever. Ainsi, au regard de la méthodologie prescrite, par ma directrice de mémoire, le travail d'analyse fourni me semble pertinent et abouti.

4 Résultats et analyses

4.1 La grille de dépouillement

Personnes interrogées

2 AS :

AS1 28 ans (diplômé juillet 2010) - Public – EHPAD province,
AS2 39 ans (diplômé 2008, avant ASH en gériatrie) - Public - ile de France USLD

2IDE :

IDE1 27 ans (diplômé juillet 2012) province - Public-EHPAD,
IDE2 50 ans (décembre 99) province - Public- EHPAD

3 Cadres et 2 FFC

Cad1 (province) (57 ans : diplômé cadre depuis 2008) - EHPAD public
Cad2 (province) (50 ans : diplômé cadre depuis 2004) - EHPAD public
Cad3 (province) (56 ans : diplômé cadre depuis 2010) - EHPAD public
Cad4 (île de France) (50 ans : FF cadre depuis 10 ans) - USLD public
Cad5 (île de France) (56 ans : FF cadre depuis 3 ans) - USLD public

Aucun entretien honoré en structure privée : Non réponse aux sollicitations d'entretien

Le rapport au travail

AS1 : « le bien être », « la communication », « l'esprit d'équipe », « épanouissement »

AS2 : « passion », « facile », « agréable » : **avant**
« Sans envie », « c'est dur », « plus d'envie et de passion » : **maintenant**

IDE1 : « routinier », « relationnel », « intéressant »

IDE2 : « professionnel », « intéressant », « motivant », « agréable », « formateur »

Cadre :

Cad1 : « motivés » « dynamiques » « relation forte avec les résidents » « souci de prendre soin » « un regard positif » « soignants viennent avec plaisir à leur travail ... dans l'ensemble » avec nuance « les bons moments et les mauvais moments »

Cad2 : « beaucoup de valeurs » « une réelle volonté de bien faire son travail » « motivés par ce qu'ils font ici » « malgré les difficultés ...malgré tout ils s'investissent »

Cad3 : « très passionné », « beaucoup d'intérêt » « attentifs à la personne », « plutôt dans la proximité », « aiment leurs métiers »

Cad4 : « satisfaction » « empathie » « disponible » « force d'initiatives »

Cad5 : « intéressé » « plaisir » **avec nuance** « la plupart », « aiment beaucoup leur travail » , « ils s'investissent »

Le changement

Soignant :

AS1 : « changement de service » sinon « pas de changement »

AS2 : « beaucoup de changements », « patients étaient moins lourds, moins de pathologies » « les patients en eux- mêmes ce n'est pas un problème, c'est plus les conditions de travail »

« Aucun bénéfice », « plutôt des contraintes » « enlève tous les bénéfices » « on avait jamais connu ça »

IDE1 : « changement institutionnel » « mutualisation des équipes »
« Compliqué / habitudes résidents » « inquiétude des résidents » « permettre de travail ensemble » « amélioration de l'entraide » « connaissance du travail de l'autre » « esprit d'équipe »

IDE2 : « moins de personnel », « résidents plus âgés », « plus dépendants », « des familles plus demandeuses », « des pathologies plus lourdes » « moins de professionnalisation », « plus de turn over », « des gens moins compétents au total »
« difficile » « faire du turn over c'est plus compliqué pour le résident », « la mobilité ça n'apporte pas grand-chose », « impression d'un établissement qui est là pour faire de l'argent », « autrefois on parlait d'humanisation, là on est une logique plutôt de déshumanisation », « projets de vie qu'on ne peut pas aller jusqu'au bout », « moins de personnel »

Cadre :

Cad1 : « très difficilement », « les évolutions ne vont jamais dans le bon sens », « nos tutelles nous demandent constamment de réduire notre budget » « organisation des soins à la baisse » « crainte de ne pas pouvoir bien faire leur travail », « on a réduit nos qualités de soins », « on a réduit notre qualité de soins parce qu'on a réduit notre effectif, car on nous a réduit nos budgets. »

« Pris entre deux feux, entre son désir de bien faire et l'impossibilité de le faire », « on essaye de moduler nos organisations, de les adapter » « on arrive à un compromis mais on sent bien que de plus en plus les soignants se sentent en difficulté et en danger », « impression que le métier est de moins en moins considéré par les tutelles »

Cad2 : « c'est un peu compliqué » « réorganisation » « baisse du personnel »

« elles se sont adaptées avec les moyens qu'elles avaient », « nouvelles qui viennent d'autres EHPAD qui ont connu moins de personnels donc finalement, ça se met pas trop mal », « travail plus dense, plus physique », « moins de personnels »

« On a remis les compétences, chacun ses compétences » « mise en place du projet de vie qui responsabilise et qui fait beaucoup plus sens pour l'équipe » « ça fait de la charge de travail en plus » « **ça se met tranquillement en place, j'y vais par étape** » (nuance « euh ... bien vécu...euh »)

Cad3 : « pas très bien... c'est assez difficile » « fusionné avec un établissement plus grand » « baisse de la qualité des soins », « restrictions budgétaires » « **pas de perte sur la qualité de la réflexion au besoin du résident** » « on perd sur la qualité sur le travail sur les protocoles par exemple » « auparavant on travaillait tous nos protocoles à proximité des soignants » « auparavant, ils étaient partie prenantes » « envoi de protocole qui sont pour tout le monde » « les soignants sont plus loin du protocole » « plus difficile à mettre en place et à comprendre » « protocole non adapté et il n'y a pas la possibilité de discuter »

Cad4 : « difficile » « patients de plus en plus lourds, de plus en plus âgés » « hyper lourds physiquement et psychologiquement » « beaucoup de décès » « pas suffisamment nombreuses pour une prise en charge optimale » « avec tout ce qu'on nous demande au niveau HAS, ARS », « avec un dossier de soin qui doit être tip top », « elles n'ont pas assez de leurs journées pour faire leur travail convenablement »

Cad5 : « très mal » « surtout les anciens » « les repositionner et leur dire que les choses ont évolué » « il faut qu'il s'adapte » « **je les aide à travers les réunions d'équipe, à travers la formation, à travers la formation des étudiants** » « aller travailler dans le pôle, ça été mal vécu » « ils n'aiment pas le changement, surtout les anciens »

La motivation au travail :

Soignant :

AS1 : « 7 » : En régression

AS2 : « 2 » : En régression

Inf1 : « entre 7 et 8 » : Stable

Inf2 : « 5 » : En régression

Cadre :

Cad1 : « il y a vraiment une motivation importante », « j'ai toujours été surprise de la motivation et du dynamisme des soignants, ici ils sont toujours prêts à se projeter, ... » Par rapport à l'évolution : « la motivation n'est pas moindre mais les craintes sont supérieures »

Cad2 : « c'est une équipe assez motivée, qui se motive beaucoup les uns les autres » Par rapport à l'évolution : « une personne qui se sent pas bien je vais demander à la direction pour proposer autre chose »

Cad3 : « les soignants sont toujours motivés », « après c'est sur que c'est fluctuant, il y a des périodes où nous sommes plus fatigués... »

Cad4 : « 2 ou 3 par équipes, travailler pour payer les factures, par contre il y a toujours des éléments moteurs » « / évolution : « plus motivé je trouve »

Cad5 : « pour les anciens, ça n'a pas beaucoup évolué, tu leur propose des formations ils ne veulent pas, la mobilité ils veulent pas » « positivement surtout pour les jeunes, les plus jeunes arrivent à se mobiliser » (/ évolution : « positivement , surtout pour les jeunes »)

Soignant : les éléments motivants

AS1 : « la prise en charge du patient, être avec eux, les aider, être à l'écoute, l'accompagnement » « je suis référente sur les matelas à air, tout ces petits travaux à côté c'est intéressant... », « Quand on a une bonne équipe tout se passe bien »

AS2 : « ma mère était aide soignante », « j'ai toujours voulu faire ce métier », « coté humain », « passion », « aider à travers son métier » avec nuance « maintenant ça me suffit plus »

IDE1 : « j'aime bien mon travail », « le travail d'infirmière est assez positif », « le travail technique et relationnel est intéressant » « le travail en équipe », « on fait quelque chose pour le patient », « je me trouve utile », « aider au quotidien » avec nuance « on n'est pas forcément aidé par l'administration »

IDE2 : « ce qui me motivait en EHPAD, c'est le travail avec les résidents, qui étaient très intéressants », « envie d'apporter quelque chose »

Soignant : Les éléments démotivants

AS1 : « conjoncture actuelle au vue des restrictions que l'on a en tout », « pu autant ce qu'il y avait avant » « ça encourage pas », « faire plus avec moins »

AS2 : « avantages qu'on avait avant », « travail en gériatrie est pénible », « pas assez de personnels », « fait avec ce que l'on a »

IDE1 : « le fait de ne pas évoluer dans notre travail là, c'est purement ma carrière » « c'est pas le travail en lui- même pour le moment »

IDE2 : « les contraintes économiques », « sous prétexte de protocole, de mettre les choses plus au claire ... » « tu t'éloignais des résidents » « quand tu es infirmier, ce que tu as envie de faire, c'est d'être auprès du résident, pas derrière un ordinateur »

Regard du cadre / les éléments qui motivent les soignants

Cad1 : « bien prendre en charge les résidents », « relations qui peuvent créer avec les résidents », « la relation humaine »

« Motivation de travailler dans un établissement pas très loin de chez toi »

Cad2 : « esprit d'équipe », « relation avec la personne âgée »

Cad3 : « familles qui nous remercient », « d'avoir bien habillé untel », « de l'avoir aidé à manger », « des sourires »

Cad4 : « la reconnaissance, un du cadre, deux des médecins et trois, des familles » « les échanges pendant les transmissions »

Cad5 : « leur boulot » « nouvelle génération, il faut leur parler, j'ai fait de la délégation, les envoyer se former : elle sous entends que c'est ça qui est motivant pour les professionnels.

Regard du cadre / éléments démotivants

Cad1 : « le fait de ne plus avoir le temps de bien faire ses soins, de dire qu'il faut faire des économies » « racisme professionnel auprès des soignants travaillant en gériatrie »

Cad2 : « la charge de travail, c'est lourd », « elles pouvaient varier leur travail maintenant elles sont dans l'accompagnement des personnes », « le nursing peut être démotivant » « la routine, la monotonie » pour les infirmières « elles ont perdu en effectifs », « elles sont moins proches des résidents » « elles sont parties car il y avait plus de poste mais elles seraient bien restées »

Cad3 : « structure pas adaptée aux résidents déambulant, pas du tout adaptés, c'est ça qui est un peu lourd » « ce que l'on peut subir au dessus de notre tête », « des propositions qui sont pas entendus »

Cad4 : « c'est plutôt institutionnel », « la routine »

Cad5 : « trop d'arrêts », « fournissent beaucoup d'efforts » pour compenser, « aller travailler dans le pôle »

Le management et la motivation

Soignants :

AS1 : « écoute des difficultés » « elle prend note après elle ne peut rien faire de plus », « c'est pas elle qui dirige ça » « à part faire remonter ce qu'elle entend » « elle n'a pas trop de solutions par rapport à ça » « on sait très bien qu'elle ne peut pas faire grand-chose » « ce n'est pas elle la grande chef »

AS2 : « ils ont la pression » « si ils avaient la possibilité de nous arranger, ça serait pas possible »

« À travers les jours que l'on peut poser »

IDE1 : « le fait d'être titularisé », « pour être motivée en tant qu'infirmière remplaçante on m'a donné des responsabilités » « référents de service, douleur » « s'investir dans un hôpital sans savoir ce qu'ils veulent faire de nous , c'est assez compliqué »

IDE2 : « être reconnaissant du travail fourni », « s'intéresser à un projet de service », « trouver un projet motivant » « être formé au projet existant »

Cadre et motivation :

Cad1 : « je me sens concerné », « c'est ça qui me motive aussi », « ma motivation est en parallèle avec celle des soignants »

« en donnant les bons outils et les bons moyens de travailler » « en étant vigilante sur les organisations sur les organisations , sur le nombre de personnel présent » , « sur la qualité du travail » , « sur la qualité de la prise en charge », « de la satisfaction des résidents, des familles »

En termes de marge de manœuvre « elle est liée aux finances qu'on nous donne pour travailler avec les équipes »

Cad2 : « la motivation est très importante » « j'essaie de prendre la température » , « je les interroge » , « je les interpelle » « j'ai des postes de responsabilité et chaque soignant a la possibilité d'être responsable de quelque chose » « encadrement des stagiaires , planning , hygiène, projets de vie, gestion des dossiers » « respect des missions de chacun » , « entretien annuel qui permet de poser les choses , de les recentrer individuellement » , « quand il y a quelque chose qui ne va pas bien je n'attends pas l'évaluation » « quand une famille valorise le travail , je leur dis et je le note dans le dossier » , « mot à la fin de l'année pour valoriser le travail, vraiment faire du renforcement positif » « ils en ont besoin »

« Ils ne retiennent facilement ce qu'il ne va pas même si c'est en petite quantité, alors qu'ils ne retiennent pas ce qu'il va même si c'est en grande quantité » « on n'est pas dans leurs ressentis non plus, même si on a l'impression qu'on les valorise »

Marge de manœuvre : responsabiliser cela m'appartient » , « nos valeurs, nos valeurs soignantes, nos valeurs humaines » « l'expérience qu'on a eu »

Cad3 : « être proche d'eux », « entendre leurs difficultés », « on ne peut répondre à tout mais voilà » « remonter leur façon de voir les choses » « comment adapter le travail à ce qu'elles ont envie » , « une organisation il faut que ça viennent d'elles » , « après mon accord sera là ou pas là »

« J'ai pas une grande marge de manœuvre » « j'ai une marge de manœuvre au niveau du service, sur l'organisation »

Cad4 : « je m'y investis » « je suis à toutes les transmissions y compris les staffs » « je vais voir l'aide soignante et je lui dis c'est super »

Marge de manœuvre : « mince, très très mince » « ma marge de manœuvre c'est à travers le patient » « j'étais avec eux », « dans les premiers temps que je veux qu'ils fassent quelque chose je suis avec eux »

« je vais rentrer leurs heures » « décaler vos horaires » « à travers des petites heures que je peux leur rendre » « pour les plus méritants, la surprime » « globalement, ma marge de manœuvre est très limitée »

Cad5 : « bien sur » , « je fais des délégations » , « je veux les responsabiliser », « porte toujours ouverte » , « ils viennent me voir si il ya un problème » , « écoute » , « dialogue »
« Je les écoute beaucoup », « donne des heures supplémentaires, des jours quand je peux »

La reconnaissance au travail

Les soignants :

AS1 : « elle est disponible » « à l'écoute » « mettre en place ce qu'on lui demande »

« Oh non, qu'est ce qu'il y a c'est très bien », « rien, car cela me convient ça va »

Bénéfice du sentiment de reconnaissance : « motive à venir travailler » « si il y a un problème elle sera là pour écouter »

AS2 : « je ne vois pas du tout, je ne vois pas à quel moment, elle a pu faire ça »

« Je sais que c'est une cadre, mais un petit coup de main »

« Non, ça me ferait rien du tout » « je n'ai pas besoin qu'on me dise merci, les gestes pour moi, c'est plus important que les paroles »

« je sais qu'elle est pas obligé de le faire , mais ça montrerait qu'on est soutenu »

IDE1 : « le fait que le cadre de santé nous donne des responsabilités », « que chaque infirmière est référente » « cela permet de nous dire qu'on nous fait confiance et qu'on peut avancer dans notre travail »

« On nous remercie des remplacements, des heures supplémentaires, quand il y a des arrêts et quand on a des remerciements c'est assez positif »

« Je pense qu'elles font bien leur travail » « elles sont à l'écoute » « elles prennent le temps de venir nous voir tous les jours » « voir les problèmes qu'il y a eu dans la journée »

Souhait/ Reconnaissance : « nous écouter davantage », « elle vient à notre rencontre , pour voir si qui c'est passé mais c'est plus ce qui s'est passé au niveau des résidents »

Bénéfice / Sentiment de Reconnaissance : « on aurait plus d'assurance dans notre travail »
« si elle nous fait confiance, on sera encore plus motivé » « si nous étions plus reconnus, on pourrait s'investir davantage et améliorer les prises en charge »

IDE2 : « ça existe encore... nous on a plus rien... » « on attend simplement un merci , et on l'a pas... »

« Déjà un merci, tout simplement... »

Bénéfices / Sentiment de Reconnaissance : « on pourra se dire qu'on a fait un bon travail »
« que l'on peut continuer ou fournir autre chose » « comme là on a rien, on ne sait plus si on doit avancer ou s'arrêter »

Cadre1 : « reconnaissance par la satisfaction des familles, des résidents, de l'encadrement »
« L'encadrement sait dire que les choses vont » « je n'hésite pas à dire que je suis contente du travail réalisé »

Effets de la reconnaissance : « un soignant qui fait mieux son travail », « avec moins de contraintes » , « vient travailler avec plaisir » « se fatigue moins » « meilleur moral » « facilite son travail »

« C'est vrai que c'est difficile de travailler auprès des personnes âgées, il y a plein de tâches ingrates mais cela permet de surmonter tout ça » « avoir la reconnaissance pour pouvoir être satisfait »

Cad2 : « je remercie très souvent », « je valorise des actions, des idées » « management participatif » « je suis beaucoup dans l'accompagnement »

Effets reconnaissance : « permet une valorisation » « se sent valorisé et motivé » « donner confiance »

Cad3 : « je me sens concerné » « reconnaître leur travail » « j'admire ce qu'elles font »

« Il faut les encourager et les remercier »

« Au cours des réunions, je dis qu'il fallait poursuivre cette qualité en termes de projets de vie »

Effets reconnaissance : « être bien dans son travail », « être satisfait de venir travailler »

Cad4 : « c'est des petits gestes » « la petite demi heure en trop je vais la noter » « si il arrive un peu en retard je ne vais pas être trop regardante » « planning », « petit déjeuner quand je suis de garde »

Effets de la reconnaissance : « impact sur la qualité du travail », impact sur son état d'esprit
« je suis super content », « je suis super motivé / boosté »

Cad5 : « bien sur » « à travers leur travail, leur dialogue, leur manière de faire leur travail »
« à travers les entretiens » « quand un soignant fait bien son travail, je le félicite » « je lui donne à faire des heures supplémentaires »

Le sens du travail :

Les soignants :

AS1 : « quand tu vois que les résidents sont contents »,

« Ce que l'on fait sois logique »

« C'est être épanoui dans son travail »

AS2 : « pouvoir les aider »

« C'est ce qui m'aide beaucoup à tenir » « parfois même certains qui ont des troubles disent merci, ça me motive et je me dis, je ne fais pas ça pour rien » « ce n'est pas la paye qui me tient derrière »

IDE1 : « euh oui, quand même »

« Se pose la question si il est utile de le faire » « il y a toujours un questionnement dans le métier d'infirmier qui est intéressant et du coup ça donne un sens à ce travail là »
« Si on donne un sens à notre travail on comprend pourquoi on le fait » « si on a réussi à donner sens à notre travail il y a satisfaction de l'avoir fait et d'avoir répondu aux besoins de la personne »

IDE2 : « oui, c'est pour le résident, qu'il soit en meilleure santé, l'accompagner jusqu'à la fin »

« Un travail fait correctement, travail fait que le patient retrouve un bien être »

Bénéfices : « le sens du travail, c'est faire mon travail le mieux que je peux » « qu'il soit réalisé correctement »

Cadres/ sens

Cad1 : « le sens du travail c'est justement la motivation » « c'est l'envie de venir travailler » « c'est la réalisation de ce que l'on peut faire au quotidien » « c'est permettre à une personne de réaliser son projet de vie » « accompagnement d'un soin palliatif » « c'est permettre à une personne de s'éteindre dignement et sans souffrir »

« je m'applique quotidiennement dans le sens que je suis proche de mes équipes » « proche des résidents » « je m'informe de ce qui va ou ce qui ne vas pas » « j'ai à cœur de toujours réinterroger les pratiques » « toujours être dans le questionnement », « ne jamais être dans la satisfaction » « vouloir faire avancer les choses », Regard sur un soignant qui trouve du sens : « bonne prise en charge du résident » « de s'épanouir professionnellement » « voir ou l'on va quotidiennement » , « c'est réinterroger les pratiques » , « c'est aussi de s'interroger sur quels besoins de formation » « s'adapter aux nouvelles techniques »

Cad2 : « professionnalisme » « sens du travail ... c'est avoir des valeurs professionnelles » « C'est que chaque soignant se sente bien » « ce qui est important c'est que chacun trouve son compte » « charte de l'équipe » « que les membres de l'équipe c'est ma priorité »

« D'avoir une équité » « important de recentrer sur le résident » « décisions doivent être prise au nom du résident »

« pour avoir des repères » « savoir pourquoi l'équipe est là » « quels objectifs » « il ne suffit pas d'avoir des valeurs soignantes, il faut aussi qu'elles convergent autour d'un même objectif qui est pour nous le résident »

Cad3 : « capacité de s'adapter à la personne que j'ai en face de moi » « adapter le soin » « Projet de vie individualisée, c'est ça qui donne du sens » « « réfléchir à leurs pratiques » « personnaliser » « les faisant réfléchir et les encourageant à écrire noire sur blanc ce que l'on fait » « ils se posent facilement des questions » « pourquoi on fait ça »

Rôle du manager / recherche de sens : « je trouve que c'est valorisant » « j'ai réussi à les faire un peu réfléchir et les faire évoluer dans la façon de penser les choses » « ça m'apporte satisfaction »

« Ça permet au soignant de rentrer chez lui satisfait de ce qu'il a fait » « ils ne comprennent pas pourquoi il n'est pas possible de décaler d'une demi heure pour pouvoir apporter satisfaction à tout le monde »

Cad4 : « le sens du travail, c'est avoir le sens des responsabilités » « j'ai des droits mais aussi des devoirs » « rentré chez moi en ayant accompli ma tâche » « satisfait de ma tâche »

Implication/ recherche de sens : « à travers des motivations », « à travers ce que l'on peut faire comme formation » « à travers les réunions » « à travers les réorganisations de travail »

Effet/ sens : « prise en charge de qualité » « propre satisfaction »

Cad5 : « le sens, c'est un travail bien fait, avec beaucoup de cœur », « resté professionnel »

Implication recherche de sens : « réunion » « livret d'accueil » « les fédérer autour d'un sujet, c'est pour apporter une meilleure prise en charge de ton patient »

Apports complémentaires/ temps de parole libre :

AS1 : « si je n'étais plus motivé je ne viendrais plus travailler » « je me poserais la question d'une reconversion professionnelle » « je sais très bien que je ne finirais pas ma carrière dans ce milieu là »

« venir travailler et pas avoir cette motivation , pareil quelqu'un qui n'est pas faite pour ce milieu là , impacte à mon avis sur le travail » « il faut avoir quand même ce petit truc » « si on l'a pas , on fait pas ce travail » , « tant qu'il y a de la motivation cela ne peut qu'être enrichissant »

AS2 : « en gériatrie c'est dur » « c'était au départ pour aider les personnes âgées pour vivre » « c'était aussi par rapport à ma mère » « au départ , c'était une passion » , « la passion ne suffit plus » « tellement dur , peu de moyens » « les patients demandent plus » « je suis en colère » « la prise en charge n'est pas correcte » « je ne supporte plus » « même physiquement ... je n'en peux plus »

IDE1 : RAS

IDE2 : « le travail d'infirmier au départ on parlait de vocation, il faut plus que ça soit une vocation, c'est un travail », « avant on donnait une certaine humanité maintenant on a plus l'impression d'être un exécuteur de tâches » « vivement que je parte en SSR, pour avoir plus de monde, tu cours moins »

Cad1 : « il y a du racisme professionnelle entre les soignants en gériatrie par rapport à des soignants qui travaillent dans des services plus actifs »

« Soignants motivés » « cela existe encore dans cette branche » « mais pour l'avenir je suis quand même inquiète parce que de plus en plus on tire sur l'élastique et j'ai peur qu'on arrive à rompre celui-ci » « on fait le maximum pour continuer à satisfaire la demande des résidents » « tout en restant le plus positif possible cela risque de devenir compliqué si on ne va pas dans l'autre sens »

Cad2 : RAS

Cad3 : « par exemple, je pense aux jeunes infirmiers, j'en ai un certain nombre, c'est vrai que ce n'est pas ça qu'ils ont envie de faire ça au début » « au fil du temps, ils perçoivent que c'est aussi valorisant » « accompagnement » « responsabilités » « bientraitance » « qualité » « on les amène à réfléchir autrement et finalement ils sont satisfaits du travail »

« Regard extérieur est encore dévalorisant » « pas forcément compris » « sur du recrutement, ils sont aussi bloqués » « tu as perdu les connaissances, donc tu vas rester à ton EHPAD toute ta vie »

Cad4 : « La motivation c'est proche à chacun » « en gériatrie, on a une population forte en aide soignant, on a beaucoup de maman isolée avec enfants et c'est compliqué de faire une deuxième journée, s'occuper de la personne âgée, de rentrer chez soi, d'avoir les enfants, c'est compliqué de trouver des motivations, c'est difficile pour elles si elles ne sont pas accompagnées »

Cad5 : RAS

4.2 La présentation des résultats « Tri à plat »

ENTRETIEN AUPRES DES AIDES SOIGNANTES

Codes couleurs :

Orange : catégorie

Bleu : objectif

Rouge : sous item de la catégorie

Noir : AS1

Gris : AS2

Population des AS (2)

- Public x2
- EHPAD x1 USLDx1
- Province x1 Ile de France x1
- 28 ans x1 39 ans x1
- Diplôme 2010 (1 er poste) x1 Diplôme 2008 (ASH gériatrie auparavant) x1

AS	
<p>Le rapport au travail</p> <p>Objectif : Apprécier le rapport du professionnel à son travail</p>	<p>«le bien être » x1 « la communication » x1 « l'esprit d'équipe » x1 « l'épanouissement » x1</p> <p>« passion » x1 (Avant) « facile » x1 (Avant) « agréable » x1 (Avant)</p> <p>« sans envie » x1 (Maintenant) « c'est dur » x1 (Maintenant) « plus d'envie et de passion » x1 (Maintenant)</p>
<p><u>Synthèse</u> :</p> <p>Concernant le rapport au travail, on constate quand même que les notions de bien être, d'épanouissement et la dynamique d'équipe sont importantes. Toutefois, nous pouvons constater un avant et un après. Ainsi, on constate que l'avant est plutôt décrit de manière positive et un après, qui repose, sur des adjectifs symbolisant la disparition de l'envie.</p>	
<p>Le changement</p> <p>Objectif : Apprécier l'impact de la mutation des EHPAD sur le professionnel</p>	<p>Nature des changements</p> <p>« changement de service » x1 « pas de changement » x1 « beaucoup de changements » x1 « patients moins lourds » x1 « moins de pathologies » x1 « les patients en eux même ce n'est pas un problème » x1 « c'est plus les conditions de travail » x1</p> <p>Regard porté sur le changement</p> <p>« aucun bénéfice » x1 « plutôt des contraintes » x1 « enlève tous les bénéfices » x1 « on avait jamais connu ça » x1</p>
<p><u>Synthèse</u> :</p> <p>Concernant le changement, on constate qu'une des aides soignantes a vécu un nombre plus important de changements que la seconde. Quand l'une évoque uniquement un changement de service, l'autre souligne des mutations notables en termes de population accueillie et de conditions de travail.</p> <p>Le regard porté sur ces changements est négatif, ces derniers étant vécus comme des</p>	

contraintes.

La motivation au travail

Objectif 1 : Apprécier le niveau de motivation des professionnels soignants en EHPAD

Objectif 2 : Apprécier les déterminants de la motivation

Appréciation de l'évolution de la motivation

« En régression » x2

« 7 » x1

« 2 » x1

Les éléments motivants

« prise en charge du patient » x1

« les aider » x2

« être à l'écoute » x1

« accompagnement » x1

« référence matelas » x1

« bonne équipe » x1

« côté humain » x1

« passion » x1

« maintenant ça me suffit plus » x1

Les éléments démotivants

« conjoncture actuelle » x 1

« restrictions » x1

« fait avec ce que l'on a » x1

« faire plus avec moins » x1

« travail en gériatrie pénible » x1

« pas assez de personnel » x1

« perte des avantages » x1

Synthèse :

Concernant la motivation au travail, les deux AS, voient leur motivation régressée. Sur une échelle de 0 à 10, l'une place le curseur tout de même à 7 et l'autre semble avoir décroché en le positionnant à 2.

Les éléments considérés comme motivants sont la prise en charge du patient, l'équipe et les responsabilités confiées. Toutefois l'une déclare que ces éléments qui ont été motivants à un moment donné ne lui suffisent plus.

Les éléments considérés comme démotivants sont la conjoncture actuelle empreinte de restrictions, le faire plus avec moins et le travail en gériatrie.

Le management et la motivation

Objectif : Apprécier le rapport entre management et dynamique motivationnelle

Attentes à l'égard du manager / dynamique de motivation

« écoute des difficultés » x1

« elle prend note après elle ne peut rien faire de plus » x1

« c'est pas elle qui dirige ça » x1

« à part faire remonter ce qu'elle entend » x1

« elle n'a pas trop de solutions » x1

« ils ont la pression » x1

« elle ne peut pas faire grand-chose » x1

« à travers les jours que l'on peut poser » x1

« si il avait la possibilité de nous arranger ça ne serait pas possible » x1

<p><u>Synthèse :</u> Concernant le management et la motivation, les attentes des aides soignantes sont de l'ordre de l'écoute, de la transmission des informations. Toutefois, les attentes à l'égard de leur cadre de santé sur leur motivation ne sont que relatives, car pour ces dernières, sa position dans l'organisation ne lui permet pas d'agir ou tout du moins insuffisamment.</p>	

<p>La reconnaissance au Travail</p> <p>Objectif : Apprécier le rapport entre reconnaissance et dynamique motivationnelle</p>	<p>Marques de reconnaissances portées par le manager</p> <p>« elle est disponible » x1 « à l'écoute » x1 « mettre en place ce qu'on lui demande » x1 « je ne vois pas du tout, je ne vois pas à quel moment elle a pu faire ça » x1</p> <p>Souhaits de reconnaissance</p> <p>« oh non, qu'est ce qu'il y a c'est très bien » x1 « je sais que c'est une cadre, mais un petit coup de main » x1</p> <p>Effets de la reconnaissance</p> <p>« motive à venir travailler » x1 « si il y a un problème elle sera là pour écouter » x1 « non, ça me ferait rien du tout. Je n'ai pas besoin qu'on me dise merci, les gestes c'est plus important que les paroles » x1 « je sais qu'elle n'est pas obligé de le faire, mais ça montrerait qu'on est soutenu » x1</p>
---	--

<p><u>Synthèse :</u> Concernant la reconnaissance au travail, nous avons d'un coté, une soignante qui est reconnu à travers la disponibilité, l'écoute, la prise en considération des demandes et une autre qui ne voit aucune marque de reconnaissance portée à son égard. En termes de souhait de reconnaissance, l'une, déclare de ne pas en vouloir davantage et une autre qui aspire à ce que le cadre mette « la main à la patte » dans leur travail du quotidien. L'une déclare que les marques de reconnaissances la motive à venir travailler. A contrario, l'une déclare rester insensible, et qu'elle n'a pas besoin que l'on lui dise merci</p>	
---	--

<p>Le sens du travail</p> <p>Objectif : Apprécier le rapport entre le « sens » et dynamique motivationnelle</p>	<p>Sentiment de sens au travail</p> <p>« quand tu vois que les résidents sont contents » x1 « ce que l'on fait sois logique » x1 « c'est être épanoui dans son travail » x1 « pouvoir les aider » x1 « c'est ce qui m'aide beaucoup à tenir » x1 « parfois certains qui ont des troubles disent merci, ça me motive et je me dis, je ne fais pas ça pour rien » x1 « ce n'est pas la paye qui me tient derrière » x1</p>
--	---

<p><u>Synthèse :</u></p>	
--------------------------	--

Concernant le sens du travail, nous constatons que la prise en soin en elle-même à travers le sentiment d'utilité et la reconnaissance des patients sont sources de sens pour ces professionnels.

Apports complémentaires / temps de parole libre (AS)

« si je n'étais plus motivé je ne viendrais plus travailler, je me poserais la question d'une reconversion professionnelle » x1
 « je ne finirais pas ma carrière là » x1
 « tant qu'il y a de la motivation cela peut être enrichissant » x1
 « en gériatrie c'est dur » x1
 « au départ, c'était une passion »x1 « la passion ne suffit plus »x1
 « tellement dur » x1 « je suis en colère » x1 « je ne supporte plus » x1 « je n'en peux plus » x1

Synthèse :

Concernant ce temps de parole libre, nous constatons que même si le secteur de la gériatrie peut être enrichissant, qui a pu être en effet, à un moment donné, assimilé à de la passion nous retrouvons des professionnelles avec des regards pessimistes. Quand l'une nous fait part de son exaspération à exercer, l'autre nous indique qu'elle ne conçoit pas de finir sa carrière là.

Population des IDE (2)

- Public x2
- EHPAD x 2
- Province x 2
- 27 ans x1 50ans x1
- Diplôme 2012 (1 er poste) x1 Diplôme 1999 x1

IDE

Le rapport au travail

Objectif : Apprécier le rapport du professionnel à son travail

« routinier » x 1
 « relationnel » x1
 « intéressant » x2
 « professionnel » x1
 « motivant » x1
 « agréable » x1
 « formateur » x1

Synthèse :

Concernant le rapport au travail, on constate que la notion d'intérêt, de motivation, de bien être, ainsi que d'opportunité de construction professionnelle est importante. On constate,

toutefois une nuance en considérant le travail comme pouvant être routinier.

Le changement

Objectif : Apprécier l'impact de la mutation des EHPAD sur le professionnel

Nature des changements

- « changement institutionnel » x1
- « mutualisation des équipes » x1
- « moins de personnel » x1
- « résidents plus âgés » x1
- « plus dépendants » x1
- « des familles plus demandeuses » x1
- « pathologies plus lourdes » x1
- « moins de professionnalisation » x1
- « plus de turn over » x 1
- « des gens moins compétents » x1

Regard porté sur le changement

- « compliqué/habitudes résidents » x2
- « inquiétude des résidents » x1
- « permettre le travail ensemble » x1
- « amélioration de l'entraide » x1
- « connaissance du travail de l'autre » x1
- « esprit d'équipe » x1
- « impression que l'établissement est là pour faire de l'argent » x1
- « logique de déshumanisation » x1
- « projets de vie qu'on ne peut pas aller jusqu'au bout » x1
- « moins de personnel » x1

Synthèse :

Concernant le changement, on constate que ces derniers sont de nature institutionnelle avec moins de personnels et des réorganisations à travers notamment la mutualisation des effectifs.

Ces changements concernent aussi la population accueillie qui s'avère être plus âgées, plus dépendantes avec des pathologies plus lourdes. Les familles sont présentées aussi comme plus demandeuses.

Il est à noter également des professionnels sur le terrain qui s'avère moins compétent.

On remarque que le regard porté sur le changement est mitigé. La perturbation des habitudes des résidents, la logique de déshumanisation, des projets de vie non aboutie sont des notions qui expriment l'impact négatif de ces changements. On constate à contrario, une vision plus positive, qui souligne un renforcement du travail d'équipe et une meilleure connaissance du travail de l'autre.

La motivation au travail

Objectif 1 : Apprécier le niveau de motivation des professionnels soignants en EHPAD

Objectif 2 : Apprécier les déterminants de la motivation

Appréciation de l'évolution de la motivation

- « En régression » x2
- « entre 7 et 8 » x1
- « 5 » x1

Les éléments motivants

- « le travail d'infirmière est assez positif » x1
- « le travail technique et relationnel » x1
- « le travail d'équipe » x1
- « On fait quelque chose pour le patient » x1
- « avant, c'est le travail avec les résidents »
- « je me trouve utile » x1 « envie d'apporter quelque chose » x1
- « aider au quotidien » x1

Les éléments démotivants

	<p>« le fait de ne pas évoluer »x1 « c'est purement ma carrière » x1 « ce n'est pas le travail en lui-même <u>pour le moment</u> » x1 « les contraintes économiques » x1 « sous prétexte de protocole, de mettre les choses plus au claire, tu t'éloigne des résidents » x1 « quand tu es infirmier, ce que tu as envie de faire, c'est d'être auprès du résident, pas derrière un ordinateur » x1</p>
--	---

Synthèse :

Concernant la motivation au travail, les deux IDE, voient leur motivation régressée. Sur une échelle de 0 à 10, l'une place le curseur tout de même entre 7 et 8, l'autre semble plus nuancé en le positionnant à 5.

Les éléments considérés comme motivants sont le travail d'infirmier en lui-même à travers ses aspects techniques et relationnels, l'équipe, le sentiment d'utilité, le travail auprès du résident. Toutefois l'une déclare que le travail auprès du résident, c'est cela qui la motivait auparavant, mais cela ne lui suffit plus.

Les éléments considérés comme démotivants sont les contraintes économiques, les aspects

contraignants des protocoles et l'absence de perspective en termes d'évolution professionnelle.

Le management et la motivation

Objectif : Apprécier le rapport entre management et dynamique motivationnelle

Attentes à l'égard du manager / dynamique de motivation

- « le fait d'être titularisé » x1
- « pour être motivée en tant qu'infirmière remplaçante on m'a donné des responsabilités ... référents de service ... douleur » x 1
- « s'investir dans un hôpital sans savoir ce qu'ils veulent de faire nous, c'est assez compliqué » x1
- « être reconnaissant du travail fourni » x1
- « s'intéresser à un projet de service » x1
- « trouver un projet motivant » x1
- « être formé au projet existant » x1

Synthèse :

Concernant le mangement et la motivation, les attentes des infirmières sont de l'ordre de la reconnaissance du travail fourni, d'une dynamique de projet, d'un accès à la formation et à des responsabilités. Il est à noter également une attente forte de titularisation de l'une d'entre elle, sans quoi sa dynamique de motivation s'avérera impactée.

La reconnaissance au Travail

Objectif : Apprécier le rapport entre reconnaissance et dynamique motivationnelle

Marques de reconnaissances portées par le manager

- « le fait que le cadre nous donne des responsabilités » x1
- « que chaque infirmière est référente, cela permet de nous dire qu'on nous fait confiance et qu'on peut avancer » x1

	<p>« on nous remercie des remplacements, des heures supplémentaires » x1 « elles sont à l'écoute » x1 « elles prennent le temps de venir nous voir tous les jours » x1 « voir les problèmes qu'il y a eu dans la journée » x1 « ça existe encore... nous on a plus rien » x1</p> <p>Souhaits de reconnaissance « je pense qu'elles font bien leur travail » x1 « nous écouter davantage » x1 « Déjà un merci, tout simplement... » x1</p> <p>Effets de la reconnaissance « on aurait plus d'assurance dans notre travail » x1 « on pourra se dire qu'on a fait un bon travail » x1 « si on nous fait confiance, on sera plus motivé » x1 « s'investir davantage » x1 « que l'on peut continuer ou fournir autre chose » x1 « améliorer les prises en charge » x1 « comme là on a rien, on ne sait plus si on doit avancer ou s'arrêter » x1</p>
--	---

Synthèse :

Concernant la reconnaissance au travail, pour l'une, les marques portées par le manager relèvent des responsabilités confiées, des remerciements, de l'écoute portée. Pour l'autre, elle ne déclare ne plus en avoir.

En termes de souhait de reconnaissance, même si elle estime qu'elles font bien leur travail, davantage d'écoute ne sera que plus bénéfique.

On constate que la reconnaissance permettrait plus d'assurance dans le travail, une motivation plus importante, un investissement majoré, une amélioration des prises en charges.

<p>Le sens du travail</p> <p>Objectif : Apprécier le rapport entre le « sens » et dynamique motivationnelle</p>	<p>Sentiment de sens au travail « oui » X2 « questionnement dans le métier » x1 « satisfaction de l'avoir fait et d'avoir répondu aux besoins de la personne » x 2 « c'est faire mon travail le mieux que je peux » X1 « un travail fait correctement » x1</p>
--	--

Synthèse :

Concernant le sens du travail, nous constatons qu'être en capacité de satisfaire et de répondre aux besoins de la personne et effectuer son travail de manière qualitative sont sources de sens pour ces professionnels.

Apports complémentaires / temps de parole libre (IDE)

« c'est plus une vocation c'est un travail » x1
 « avant une certaine humanité » X1 « maintenant, un exécuter de tâches » x1
 « vivement que je parte en SSR, tu cours moins » x1

Synthèse :

Concernant ce temps de parole libre, nous constatons un regard très critique. La perte de la dimension de vocation pour ces professions et la comparaison à un exécuter de tâches relaye un sentiment d'inquiétude pour l'avenir.

Population des Cadres (5)

- Public x5
- EHPAD x3 USLDx2 (FF cadre)
- Province x3 Ile de France x2 (FF cadre)
- + de 50 ans (x5)
- Année de diplôme : 2008, 2004, 2010, puis 10 ans et 3 ans d'expérience pour les FF

Code couleur : Rouge : CAD1 ; Bleu : CAD2 ; Vert : CAD3 ; Jaune : CAD4 ; Violet : CAD5

CADRE	
<p>Le rapport au travail</p> <p>Objectif : Apprécier le rapport du professionnel à son travail</p>	<p>REGARD PORTE PAR LE CADRE / Rapport au travail de leurs agents</p> <p>« motivé » x 2 « dynamique » x1 « relation forte avec les résidents » x1 « soucis de prendre soin » x 1 « un regard positif » x1 « plaisir » x 2 « beaucoup de valeurs » x1 « une réelle volonté de bien faire son travail » x1 « très passionné » x1 « beaucoup d'intérêts » x1 « attentifs à la personne » x1 « plutôt dans la proximité » x1 « aiment leurs métiers » x2 « satisfaction » x1 « empathie » x 1 « disponible » x1 « force d'initiatives » x1 « intéressé » x 1 « dans l'ensemble / plaisir » x1 « la plupart / plaisir » x 1 « les bons et les mauvais moments » x1 « malgré les difficultés, ils s'investissent » x1 « ils s'investissent » x2</p>

Synthèse :

Concernant le rapport au travail, on constate que les cadres considèrent leur équipe comme motivée, investie, force d'initiatives, qui a beaucoup de plaisir à exercer. Une nuance est tout de même avancée en évoquant les notions, « dans l'ensemble » , « les bons et les mauvais moments » , « malgré les difficultés ».

Le changement

Objectif : Apprécier l'impact de la mutation des EHPAD sur le professionnel

REGARD PORTE PAR LE CADRE / Vécu des changements par les soignants

« très difficilement » x1 « assez difficile » x1
« difficile » x1

« c'est un peu compliqué » x1

« très mal » x1 « surtout les anciens » x1

« ils n'aiment pas le changement surtout les anciens » x1

« les évolutions ne vont jamais dans le bon sens » x1

« les soignants se sentent en difficulté et en danger » x1

« impression que le métier est de moins en moins considéré par les tutelles » x1

Nature des changements

« restriction budgétaire » x1 « nos tutelles nous demandent constamment de réduire notre budget » x1

« réorganisation » x1

« patient de plus en plus lourds, de plus en plus âgés, hyper lourds physiquement et psychologiquement » x1

« beaucoup de décès » x1

« baisse du personnel » x1

« on a remis les compétences, chacun ses compétences » x1

« aller travailler dans le pôle » x1

« fusionné avec un établissement plus grand » x1

« auparavant on travaillait tous nos protocoles à proximité des soignants, ils étaient partie prenante » x1

« envoi de protocole qui sont pour tout le monde » x1

« les soignants sont plus loin du protocole » x1

« avec tout ce que l'on nous demande au niveau HAS, ARS » x1 « un dossier de soin qui doit être tip top » x1

Conséquences des changements

« travail plus dense, plus physique » x1

« organisation des soins à la baisse » x1

	<p>« crainte de ne pas pouvoir bien faire leur travail » x1</p> <p>« réduction qualité de soins » x2</p> <p>« réduction qualité de soins/ réduction effectif / réduction budget » x1</p> <p>« / soignant : pris entre deux feux, entre son désir de bien faire et l'impossibilité de le faire » x1</p> <p>« mise en place du projet de vie qui responsabilise et qui fait beaucoup plus sens pour l'équipe » x 1 « / projet de vie : Bien vécu ... euh » x1</p> <p>« pas de perte sur la qualité de la réflexion au besoin du résident » x1</p> <p>« on perd sur la qualité sur les protocoles » x1</p> <p>« protocole plus difficile à mettre en place et à comprendre » x1</p> <p>« protocole non adapté et il n'y a pas la possibilité de discuter » x1</p> <p>« pas assez nombreuses pour une prise en charge optimale » x1</p> <p>« elles n'ont pas assez de leurs journées pour faire leur travail convenablement » x1</p> <p>Actions du cadre / changements</p> <p>« on essaye de moduler nos organisations, de les adapter » x1</p> <p>« on arrive à un compromis » x1</p> <p>« elles se sont adaptées avec les moyens qu'elles avaient » x 1</p> <p>« nouvelles qui ont connu moins de personnels donc finalement, ça se met pas trop mal » x1</p> <p>« je les aide à travers les réunions d'équipe, à travers la formation, à travers la formation des étudiants » x1</p>
--	---

Synthèse :

Concernant le changement, le vécu des équipes est jugé comme très difficile par les cadres de santé. Les évolutions sont considérées comme n'allant jamais dans le bon sens. Les soignants se sentent en difficulté et en danger. Le changement serait d'autant plus mal vécu par les professionnels soignants considérés comme « ancien » dans la profession.

Les changements avancés par les cadres sont les restrictions budgétaires avec la baisse des effectifs, des réorganisations notamment avec la mutualisation des effectifs et la lutte contre les glissements de tâche. Les changements mis en évidence concernent la majoration des exigences en termes de qualité et à la fois une réflexion sur la qualité qui partirait moins du terrain, à travers des protocoles uniformisés. Il est également souligné, un changement du visage de la population accueillie, avec des résidents de plus en plus âgés, avec des prises en charges lourdes d'un point de vue physique et psychique accompagné d'un taux de décès majoré.

Concernant les conséquences de ces changements, ce qui est avancé par les cadres sont notamment un travail plus physique et plus dense et une baisse de la qualité des prises en soin. Une frustration émergerait des soignants, avec le sentiment, de ne pas avoir les moyens de faire correctement leur travail. Les projets de vie initiés sont néanmoins avancés par les cadres comme responsabilisant et

donnant du sens à l'action soignante sans pour autant avoir une adhésion générale des professionnels censés les faire vivre. Une autre note positive avancée par les cadres s'inscrit comme l'absence de régression en termes de qualité de la réflexion conduit au nom du résident. Les actions du cadre par rapport à ces changements sont diverses. La modulation des organisations, les réunions d'équipe, la formation sont des leviers avancés. Néanmoins des postures de passivité sont également relevées, et dans des cas ci, les soignants s'adaptent aux moyens qui leurs sont à leur disposition.

La motivation au travail

Objectif 1 : Apprécier le niveau de motivation des professionnels soignants en EHPAD

Objectif 2 : Apprécier les déterminants de la motivation

Regard du cadre sur la motivation des professionnels soignants

- « motivation importante » x1
- « toujours surprise de la motivation et du dynamisme des soignants » x1
- « ici, ils sont toujours prêts à se projeter » x1
- « équipe assez motivée, qui se motive beaucoup les uns les autres » x 1
- « les soignants sont toujours motivés » x1
- « 2 ou 3 par équipes travaillent pour payer les factures » x1
- « par contre il ya toujours des éléments moteurs » x1

Regard du cadre sur l'évolution de cette motivation

- « la motivation n'est pas moindre mais les craintes sont supérieures » x1
- « une personne qui se sent pas bien je vais demander à la direction pour proposer autre chose » x1
- « après c'est sur que c'est fluctuant, il y a des périodes où nous sommes plus fatigués » x1
- « plus motivé je trouve » x1
- « pour les anciens ça n'a pas beaucoup évolué ... tu leur propose des formations, de la mobilité ils ne veulent pas » x1
- « positivement, surtout pour les jeunes, ils arrivent à se mobiliser » x1

Regard du cadre / éléments motivants

- « c'est bien prendre en charge les résidents » x1
- « d'avoir bien habillé untel » x1
- « de l'avoir aidé à manger » x 1
- « leur boulot » x1
- « relations qui peuvent créer avec les résidents » x1 « relation avec la personne âgée » x1
- « des sourires » x1
- « travailler dans un établissement pas très loin de chez toi » x1
- « esprit d'équipe » x1

	<p>« familles qui nous remercient » x1 « la reconnaissance des familles » x1 « la reconnaissance du cadre » x1 « la reconnaissance des médecins » x1 « les échanges pendant les transmissions » x1 « leur parler » x1 « la délégation » x1 « les envoyer se former » x1</p> <p>Regard du cadre / éléments démotivants</p> <p>« le fait de ne plus avoir le temps de bien faire ses soins » x1 « de dire qu'il faut faire des économies » x1 « ce que l'on peut subir au dessus de notre tête » x1 « c'est plutôt institutionnel » x1 « racisme professionnel auprès des soignants travaillant en gériatrie » x1 « la charge de travail, c'est lourd » x1 « elles pouvaient varier leur travail maintenant elles sont dans l'accompagnement des personnes » x1 « le nursing peut être démotivant » x1 « la routine, la monotonie pour les infirmières » x2 (/ routine) «elles (ide) ont perdu en effectifs » x1 « elles (ide) sont moins proches des résidents » x1 « elles sont parties car il y avait plus de poste mais elles seraient bien restées » x1 « structure pas adaptée aux résidents déambulants » x1 « des propositions qui ne sont pas entendues » x1 « trop d'arrêts » x1 « beaucoup d'efforts fournis pour compenser » x1 « aller travailler dans le pôle » x1</p>
--	---

Synthèse :

Concernant la motivation au travail, les cadres estiment les équipes sous leur responsabilité comme très motivés. Une nuance est tout de même apportée en nous précisant qu'il y a toujours de manière isolé, des agents qui sont là uniquement, pour pouvoir subvenir à leurs besoins.

A propos du regard des cadres sur l'évolution de cette motivation, celle-ci est considérée comme stable voire positive notamment pour les jeunes professionnels. Le caractère fluctuant de la motivation est également soulevé.

Les éléments jugés comme motivants sont la prise en soin de la personne âgée, l'esprit d'équipe, la reconnaissance (famille/cadre/médecin), la délégation, la formation. Avoir l'opportunité de travailler dans un établissement à proximité de son domicile est également cité comme un élément motivant pour les professionnels d'un point de vue cadre.

Les éléments démotivants pointés sont les conditions de travail, la politique de restriction de laquelle nous nous sommes engagés. Dans cette même logique, il est souligné les efforts demandés aux agents lors des mutualisations et afin de pallier un nombre conséquent d'arrêts. Des structures non adaptées aux résidents déambulants, des propositions qui ne sont pas entendues et la routine du travail sont des éléments avancés comme démotivants. Il

est également souligné un impact potentiel sur la démotivation notamment à travers un racisme professionnel qui existerait auprès des soignants travaillant en gériatrie.

Le management et la motivation

Objectif : Apprécier le rapport entre management et dynamique motivationnelle

Appréciation de l'intérêt porté par le cadre à promouvoir une dynamique motivationnelle au sein de son équipe

- « je me sens concerné » x1
- « c'est ça qui me motive aussi » x1
- « ma motivation est en parallèle avec celle des soignants » x1
- « la motivation est très importante » x1
- « je m'y investit » x1
- « bien sur » x1

Les leviers de la motivation utilisés par le CDS

- « en donnant les bons outils et les bons moyens de travailler » x1
- « en étant vigilante sur les organisations, sur le nombre de personnel présent, sur la qualité du travail, sur la qualité de la prise en charge, de la satisfaction des résidents, des familles » x1
- « j'essaie de prendre la température » x1
- « je les interroge, je les interpelle » x1
- « j'ai des postes de responsabilité et chaque soignant à la possibilité d'être responsable de quelque chose » x 1
- « je fais des délégations » x1
- « encadrement des stagiaires » x1
- « planning » x1
- « gestion des dossiers » x1
- « respect des missions de chacun » x1
- Entretien annuel qui permet de poser les choses, de les recentrer individuellement » x1
- « quand il y a quelque chose je n'attends pas l'évaluation » x1
- « quand une famille valorise le travail, je leur dis et je le note dans le dossier » x1
- « mot à la fin d'année pour valoriser le travail » x1
- « faire du renforcement positif » x1
- « ils en ont besoin » x1
- « responsabiliser » x2
- « être proche d'eux » x1
- « entendre leurs difficultés » x2
- « remonter leur façon de voir les choses » x1
- « comment adapter le travail à ce qu'elles ont envie » x1
- « je suis à toutes les transmissions y compris les staffs » x 1
- « je vais voir l'aide soignante et je lui dis c'est super » x 1
- « je vais rentrer leurs heures » x 1
- « décaler les horaires » x1

	<p>« petites heures que je peux leur rendre » x2 « pour les plus méritants la surprime » x1 « porte toujours ouverte » x 1</p> <p>Regard porté par le cadre sur sa marge de manœuvre / dynamique motivationnelle</p> <p>« elle est liée aux finances qu'on nous donne » x 1</p> <p>« retiennent facilement ce qu'il ne va pas, si c'est en petite quantité, et retiennent pas, même si c'est en grande quantité » x1 « responsabiliser cela m'appartient » x1 « nos valeurs soignantes, nos valeurs humaines » x1 « l'expérience qu'on a eu » x1 « on ne peut pas répondre à tout mais voilà »x1 « j'ai pas une grande marge de manœuvre » x1 « une marge de manœuvre au niveau du service, sur l'organisation » x1 « mince, très très mince » x1 « ma marge de manœuvre c'est à travers le patient » x 1</p>
--	---

Synthèse :

Les cadres portent un grand intérêt à promouvoir une dynamique motivationnelle au sein des équipes.

Les leviers de la motivation utilisés par les cadres de santé sont notamment la responsabilisation, la délégation, la réflexion sur les organisations, la valorisation, l'écoute et également par des heures qu'elles peuvent leur rendre.

Les cadres estiment avoir une marge de manœuvre très mince sur la dynamique motivationnelle au regard de contraintes liées aux finances et à la fonction du manager. Le champ d'action s'inscrit au niveau du service, de l'organisation et au nom du patient.

<p>La reconnaissance au Travail</p> <p>Objectif : Apprécier le rapport entre reconnaissance et dynamique motivationnelle</p>	<p>« reconnaissance par la satisfaction des familles, des résidents, de l'encadrement » x1 « je me sens concerné » x1 « j'admire ce qu'elles font » x1 « bien sur » x1</p> <p>Les leviers de la reconnaissance par le CDS</p> <p>« l'encadrement sait dire que les choses vont » x2 « je n'hésite pas à dire que je suis contente du travail réalisé » x2 « je valorise des actions, des idées » x1 « je remercie très souvent » x2 « management participatif » x1 « l'accompagnement » x1 « les encourager » x1 « c'est des petits gestes » x1 « la petite demi heure en trop je vais la noter » x1</p>
---	---

	<p>« si il arrive un peu en retard je ne vais pas être trop regardante » x1 « planning » x1 « petit déjeuner quand je suis de garde » x1 « je lui donne à faire des heures supplémentaires » x1</p> <p>Regard du CDS / Effets Reconnaissance</p> <p>« un soignant qui fait mieux son travail » x2 « avec moins de contraintes » x1 « vient travailler avec plaisir » x1 « se fatigue moins » x1 « meilleur moral » x 2 « facilite son travail » x1 « c'est difficile de travailler auprès des personnes âgées, il y a plein de tâches ingrates, cela permet de surmonter tout ça » x1 « permet une valorisation » x1 « se sent valorisé et motivé » x1 « donner confiance » x1 « être bien dans son travail » x1 « être satisfait de venir travailler » x1</p>
--	--

Synthèse :

Concernant la reconnaissance du travail des agents, toutes les cadres semblent également y porter un grand intérêt.

Les leviers de la reconnaissance utilisés par les cadres de santé sont la valorisation du travail bien fait, les remerciements, le management participatif, les encouragements, et une souplesse dans certaines situations.

Pour les cadres, la reconnaissance permet un travail de meilleure qualité, un bien être de l'agent. Il est également à noter que la reconnaissance portée à l'agent leur permettrait une valorisation, davantage de confiance et une motivation renforcée.

<p>Le sens du travail</p> <p>Objectif : Apprécier le rapport entre le « sens » et dynamique motivationnelle</p>	<p>Signification du « sens du travail » par le CDS</p> <p>« c'est la motivation » x1 « c'est l'envie de venir travailler » x1 « c'est la réalisation de ce que l'on peut faire au quotidien » x1</p> <p>« c'est permettre à une personne de réaliser son projet de vie » x 2 « accompagnement d'un soin palliatif » x1 « permettre à une personne de s'éteindre dignement et sans souffrir » x1 « professionnalisme » x1 « avoir des valeurs professionnelles » x1 « capacité de s'adapter à la personne que j'ai en face de moi » x1 « réfléchir à nos pratiques » x1 « personnaliser » x1 « ils se posent facilement la question</p>
--	--

	<p>pourquoi on fait ça » x1 « le sens du travail, c'est avoir des responsabilités » x1 « des droits mais aussi des devoirs » x1 « satisfait de ma tâche » x1 « travail bien fait » x1 « rester professionnel » x1</p> <p>Implication du CDS / recherche de sens</p> <p>« je m'applique quotidiennement » x1 « proche de mes équipes » x1 « j'ai toujours à cœur de réinterroger les pratiques » x1 « « toujours être dans le questionnement » x1 « décisions doivent être prise au nom du résident » x1 « ne jamais être dans la satisfaction » x 1 « vouloir faire avancer les choses » x1 « c'est que chaque soignant se sente bien » x1 « que chacun trouve son compte » x1 « chartre de l'équipe » x1 « les faire réfléchir et les encourager à écrire noire sur blanc ce que l'on fait » x1 « j'ai réussi à les faire un peu réfléchir et les faire évoluer dans la façon de penser les choses » x1 « je trouve ça valorisant » x1 « ça m'apporte satisfaction » x1 « à travers des motivations » x1 « à travers les formations » x1 « à travers les réunions » x2 « à travers les réorganisations de travail » x1 « livret d'accueil » x1 « les fédérer autour d'un sujet » x 1</p> <p>Regard du CDS / Effets sens</p> <p>« Savoir pourquoi l'équipe est là » x1 « Quels objectifs ? » x1 « bonne prise en charge du résident » x1 « prise en charge de qualité » x1 « meilleure prise en charge du patient » x1 « s'épanouir professionnellement » x1 « propre satisfaction » x1 « ça permet au soignant de rentrer chez lui en étant satisfait de ce qu'il a fait » x1 « voir où l'on va quotidiennement » x1 « pour avoir des repères » x1 « c'est réinterroger les pratiques » x 1 « s'interroger sur quels besoins de formation » x1 « s'adapter aux nouvelles techniques » x1</p>
Synthèse :	

Pour les cadres, le « sens du travail » c'est la motivation, l'envie de venir travailler. Nous retrouvons aussi la possibilité de permettre à une personne de réaliser son projet de vie, permettre à une personne de s'éteindre dignement et sans souffrir. Les notions de professionnalisme, d'adaptation, de responsabilités et de réflexion autour des pratiques sont également évoqués lorsque ces professionnels d'encadrement à l'évocation de ce qu'il entendait par cette dimension de sens du travail.

L'implication du cadre de santé dans cette recherche de sens s'exprime à travers une proximité des équipes, un questionnement autour des pratiques au nom du résident, une intégration des équipes dans la réflexion. Les réunions et les formations sont également des leviers qui ont pu être cités.

Pour les cadres, le sens permet à l'agent d'appuyer son sentiment d'utilité, d'être satisfait et de pouvoir s'épanouir. L'amélioration des prises en soin est également évoquée.

Apports complémentaires / Temps de parole libre (CDS)

« des soignants motivés cela existe encore dans cette branche » x1
« je suis quand même inquiète » x1 « on tire sur l'élastique, j'ai peur qu'on arrive à rompre celui-ci » x1, « on fait le maximum pour continuer à satisfaire la demande des résidents » x1
« tout en restant positif cela risque de devenir compliqué si on ne va dans l'autre sens » x1
« je pense aux infirmiers, ce n'est pas ça qu'ils ont envie de faire au début » x1, « au fil du temps, ils perçoivent que c'est aussi valorisant » , « accompagnement, responsabilités, bienveillance, qualité » x1, « on les amène à réfléchir autrement et finalement ils sont satisfaits du travail » x1
« il y a du racisme professionnel » x1 « Regard extérieur dévalorisant » x1 « pas forcément compris » x1 « sur du recrutement, ils sont aussi bloqués » x1, « tu as perdu les connaissances, donc tu vas rester à ton EHPAD toute ta vie » x1
« La motivation c'est propre à chacun » x1 , « en gériatrie, on a une population forte en aide soignant, on a beaucoup de maman isolée avec enfants, et c'est compliquée de faire une deuxième journée...c'est compliqué de trouver des motivations » x1

Synthèse :

Concernant ce temps de parole libre, même si il est accordé qu'il reste des soignants motivés dans le secteur de la gériatrie, il est exprimé une forte inquiétude au regard des conditions dans laquelle les agents sont amenés à exercer. Toutefois, il est à noter l'engagement des professionnels à satisfaire la demande des résidents.

Il est exprimé également le racisme professionnel auquel les soignants de gériatrie seraient victimes. Le regard de la population générale et des recruteurs ne serait pas de nature bienveillante au regard de ces retours.

Or de nombreux jeunes infirmiers, se retrouvant en gériatrie, pas forcément par choix, se voit satisfait au fil du temps par leur exercice.

Il convient de rajouter que la dynamique de motivation est propre à chacun et qu'il n'y a pas que le contexte du travail qui est déterminant dans notre motivation à exercer. En effet, des facteurs environnementaux, notamment la vie privée peut l'influer.

4.3 L'interprétation des résultats

- **Analyse / Interprétation des résultats pour la catégorie des AS**

Le rapport au travail

Le rapport que l'aide soignante entretient avec son travail est de prime abord, globalement positif. Les deux soignantes interrogées ont employés des termes certes différents, mais qui par leur résonance semblent converger. « Bien être », « esprit d'équipe », « épanouissement », « passion », « facile », « agréable » sont autant de qualificatifs qui ont pu être verbalisés pour qualifier le rapport qui pouvait les lier à leur travail. Nous pouvons en ressortir que la fonction aide soignant en elle-même est valorisée.

Néanmoins une des aides soignantes apporte une nuance, en soulignant que ce rapport au travail n'était plus ce qu'il était. En effet, cette dernière a mis en parallèle son état d'esprit à l'heure d'aujourd'hui qui semble aller à contre sens de son expérience passée. Elle met en avant qu'à ce jour, elle effectue son travail, « sans envie », « sans passion » et que « c'est dur ». Ces remarques appuient ce qu'ont pu induire les mutations qui se sont opérées notamment dans le secteur de la gériatrie que j'ai pu développer dans mon cadre théorique. Il est à noter que l'aide soignante, qui a pu émettre des bémols sur son rapport au travail, est celle qui a une expérience significative (Diplômé AS en 2008 et ASH dans les soins auparavant). Le rapport au travail a pu se modifier en parallèle des évolutions alors que l'Aide soignante diplômée depuis 2010 (1^{er} poste) a été baignée dans ce contexte qui a pu en quelque sorte, préserver le rapport positif que cette dernière entretient avec son exercice professionnel.

Le changement

La dynamique de changement n'a été perçue significativement que par l'une d'entre elle, soit, la professionnelle avec le plus d'expérience. Nous pouvons faire la même analyse que précédemment, en opposant celles qui a vu des changements s'opérer à la plus jeune qui n'a pas réellement pu percevoir les mutations majeures engagées avant sa prise de poste. Ainsi, quand, l'une fait notion de « changement de service sinon rien », l'autre relève « beaucoup de changements », en nous indiquant qu'auparavant, « les patients étaient moins lourds, avec moins de pathologies » et que globalement, « les conditions de travail se sont dégradées ». Nous pouvons mettre en corrélation ces déclarations avec ce que le rapport de la DREES⁷⁰ a pu mettre en exergue. En effet, il nous est témoigné, d'une prise en charge de patients de plus en plus dépendants et avec une prédominance d'accompagnement de fin de vie. De plus, Il est à noter que l'aide soignante qui a perçu de véritables changements, apporte une précision « les patients en eux-mêmes ce n'est pas un problème ». A travers cette remarque, ce ne serait pas l'évolution de la population qui poserait soucis mais bien la non mise en corrélation des moyens afin d'accompagner ces évolutions.

Les répercussions de ces changements ne semblent pas avoir laissé indemne cette professionnelle en y portant un regard très critique. Ces remarques « aucun bénéfice », « contraintes », « on n'avait jamais connu ça » traduisent un sentiment de mal être et d'incompréhension. Nous pouvons corréler ce vécu de cette professionnelle avec les déclarations de la DREES⁷¹ qui soulignent que les diverses évolutions sont génératrices d'inquiétudes. Certes le contexte de changement peut générer des interrogations, mais nous pourrions nous attendre à un registre plus positif. En effet, « l'individualisation des pratiques », « l'exigence de qualité » qui sont également rattachées aux mutations opérées en faveur d'une meilleure prise en soin, semble passer en deuxième plan.

⁷⁰ Les Dossiers de la Drees, n°5, septembre 2016

⁷¹ Ibid.

La motivation au travail

Le rapport à la motivation est propre à chacun comme nous avons pu l'explorer à travers le cadre théorique.

Nous sommes devant deux soignantes, l'une que l'on pourrait qualifier de « motivée » à travers le chiffre 7 sur une échelle de 10, et une autre vraisemblablement pas, en positionnant le curseur à 2. Néanmoins, toutes deux s'accordent à dire que leur motivation est en régression depuis leurs prises de postes. Nous pourrions donc établir un lien entre temps passés à exercer et degré de motivation.

La motivation de la première serait encore préservée au regard du caractère assez récent de son entrée dans la vie professionnelle. Le contexte de travail en gériatrie serait au regard de ces résultats propice à la dynamique de démotivation.

Les deux aides soignants positionnent « la prise en charge », « la possibilité d'aider », « d'être à l'écoute », « l'accompagnement », le « coté humain », « la passion » comme des éléments constitutifs de leur motivation. L'une d'entre elles, la moins expérimentée va plus loin en évoquant l'équipe et les responsabilités confiées « référence matelas » comme facteurs motivationnels.

L'intrinsèque, comme le corréle le cadre théorique, semble être un constituant majeur de la motivation de ces professionnels soignants. En effet le facteur extrinsèque absent de ces retours appuie la prépondérance de l'intrinsèque dans la dynamique motivationnelle. Toutefois, la plus expérimentée apporte une nouvelle fois une nuance en nous indiquant, que ce qui avait pu la motiver à un moment donné, ne lui suffit plus.

Là encore, nous pouvons établir un lien avec le cadre théorique proposé. En effet, à un moment T, nous pouvons être motivés et quand nous estimons que les désagréments sont supérieurs aux bénéfices résultant de l'activité, la dynamique de démotivation sera à même de s'initier. La motivation apparaît donc comme une dynamique jamais définitivement acquise et qui ne sera que plus solide si cette dernière s'appuie sur diverses sources.

Les éléments démotivants annoncés sont à mettre en corrélation à un environnement contraint dans lequel les professionnels soignants sont amenés à exercer. Les expressions « restrictions », « faire plus avec moins », « pas assez de personnels », « travail en gériatrie pénible » sont autant de remarques que ces professionnelles ont pu exprimer. Ce qu'il en ressort est en adéquation avec le contexte décrit dans le rapport de la DREES. Il est à noter, l'absence de corrélation entre le contexte décrit et la potentialité de dynamique de démotivation dans le cadre de cet écrit. En effet, ce rapport mentionne « des professionnels le plus souvent engagés dans leur travail ».

Ainsi, si nous nous recentrons sur ces deux retours de soignants, nous pouvons penser que ce sont les conditions dans lesquelles ces professionnels sont amenés à exercer qui les mènent sur le chemin de la démotivation et non pas le travail en lui-même.

Le management et la motivation

Les retours de ces deux aides soignantes positionnent le cadre de santé en situation de quasi impuissance face à cette thématique de la motivation. A travers leurs déclarations de l'ordre « d'écoute des difficultés », « prends note » « faire remonter ce qu'elle entend », « à travers les jours que l'on peut poser », il en ressort que ces propositions semblent faire partie du rôle du cadre sans être véritablement ciblé en faveur d'une dynamique motivationnelle. Nous pouvons en ressortir une méconnaissance du rôle du cadre de santé et de son champ de compétences par cette catégorie de professionnel à influencer sur la motivation. Face à des déclarations du type « elle ne peut rien faire de plus », « ce n'est

pas elle qui dirige ça », « elle ne peut pas faire grand-chose », nous pouvons en déduire qu'un des seuls moyens de leur redonner un élan est l'amélioration des conditions de travail.

Ainsi, les pistes d'action que le cadre de santé est en position de mener au niveau de l'intrinsèque (sens, reconnaissance, image, projet) développés dans le cadre de référence semblent être en décalage avec les attentes de ces deux professionnelles.

La reconnaissance au travail

La reconnaissance au travail ne semble pas être une priorité par les managers au regard des déclarations de ces aides soignantes. Nous pouvons nous interroger si ces soignants savent reconnaître les marques de reconnaissance qui leurs sont portées ou si tout simplement elles existent vraiment? En effet, l'une déclare clairement l'absence de reconnaissance de son travail « je ne vois pas du tout, à quel moment elle a pu faire ça ». Et l'autre à travers des déclarations du type « elle est disponible », « elle est à l'écoute », « mettre en place ce qu'on lui demande », s'inscrit comme très éloignée des marques de reconnaissance développées dans le cadre conceptuel. Cette imprécision ne traduirait elle pas tout simplement une absence de reconnaissance portée par le manager ? Le manager considère-t-il le travail effectué comme « normal » sans nécessité de retour ? Au-delà de ces questionnements le cadre de santé a pourtant un spectre large (existentiel, pratique de travail, investissement, résultat) dans le champ de reconnaissance sur lequel il peut s'appuyer.

En termes de souhait de reconnaissance, très peu d'expression à ce sujet. L'une m'indique « oh non, qu'est ce qu'il y a, c'est très bien » comme si faire part de ses besoins en reconnaissance remettrait en cause l'action de son supérieur hiérarchique. Et de l'autre nous retrouvons, une soignante qui aspire à un coup de main par la cadre dans ses tâches pour se sentir reconnue. Ne serait ce pas une méconnaissance par cette aide soignante du travail de l'autre, dans ce cas ci de son manager ?

Les deux aides soignantes ont un avis divergent sur les effets de la reconnaissance. L'une indique clairement que cela « motive à venir travailler ». Quant à la seconde la reconnaissance, ne passe que par l'agir « pas besoin qu'on me dise merci, les gestes c'est plus important que les paroles ».

Il en ressort que la pratique de la reconnaissance par le manager n'est pas si aisée et si présente que cela dans le contexte du travail si nous nous appuyons sur les dires de ces deux soignantes. Ces déclarations s'inscrivent à contre courant de ce que j'ai pu avancer dans mes références théoriques qui positionnait la reconnaissance comme une demande quasi unanime chez les salariés. Nous pouvons ainsi convenir que le niveau de reconnaissance et les formes qui nous sensibilisent seraient propres à chacun.

Le sens au travail

Les deux aides soignantes s'accordent sur le fait que le sens au travail passe par la prise en soin de la personne âgée. A travers leurs remarques, « quand tu vois que les résidents sont contents », « pouvoir les aider », nous prenons conscience que l'opportunité de prendre soin de l'autre contribue au sentiment de sens au travail. Il est à noter l'expression d'un sentiment d'utilité « parfois certains qui ont des troubles me disent merci, ça me motive et je me dis, je ne fais pas ça pour rien ». Nous pouvons corréliser ce point de vue commun avec ma proposition de cadre théorique qui défend l'idée de stimuli communs partagés de façon implicite par l'ensemble des travailleurs notamment dans le sens au travail. Ainsi, l'action du cadre ne serait elle pas à porter sur cette voie ci ? En effet, face à des déclarations du type « c'est ce qui m'aide beaucoup à tenir », « ce n'est pas la paye qui me tient derrière », on comprend mieux pourquoi les mutations fragilisant ce sentiment de sens dans le travail peut impacter la motivation des professionnels.

Temps de Parole libre

Il en ressort que cette profession a des aspects pouvant tendre vers l'épanouissement de l'individu « tant qu'il ya de la motivation cela peut être enrichissant », « c'était une passion », en sont quelques déclarations allant dans ce sens. Néanmoins le contexte dans lequel ces soignants sont amenés à évoluer semble aller à contre sens. Les déclarations du type « Je ne supporte plus », « je n'en peux plus » pour l'une et pour la plus jeune « je ne finirais pas ma carrière là » doivent susciter une réflexion afin d'agir, notamment sur le risque de démotivation.

- **Analyse / Interprétation des résultats pour la catégorie des IDE**

Le rapport au travail

Le regard que ces deux professionnelles infirmières portent à l'égard de leurs professions est plutôt positif. « Relationnel », « intéressant », « motivant », « agréable », « formateur » sont autant de retours d'expressions qui nous font remarquer que la profession en elle-même est stimulante et par conséquent potentiellement source de motivation. En effet, que l'on soit jeune professionnelle ou plus expérimentée, la valeur, que l'on accorde à rattacher à l'exercice infirmier au sens strict du terme, ne semble pas s'altérer.

Le changement

D'un point de vue strictement quantitatif, l'infirmière avec le plus d'expérience, a vécu les changements en plus grand nombre. Ce qui peut paraître logique, et relevant du bon sens. De plus, si nous nous appuyons sur le cadre théorique proposé, différentes réformes ont donné la voie, avant 2012, année de diplôme de la plus jeune.

Ainsi, la réforme de la tarification, initiée par la loi du 24 janvier 1997, la loi du 2 janvier 2002 à travers l'obligation de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue des activités et de la qualité des prestations et plus récemment avec la loi du 21 juillet 2009 prônant un pilotage de santé en région et l'accroissement de l'efficacité du système appuie cette dynamique .

Nous retrouvons pour chacune d'entre elle, cette logique engagée à travers la référence à des « changements institutionnels », à une « mutualisation des équipes » pour l'une, à « moins de personnel » pour l'autre.

De plus, la plus expérimentée va même plus loin en corrélant mon cadre théorique sur les changements dans les prises en charge. En effet, « des résidents plus âgés », « plus dépendants », « familles plus demandeuses », « pathologies plus lourdes » sont autant de ressentis qui appuie le dossier de la DREES⁷² à propos du quotidien actuel du métier de soignant. Néanmoins, une contradiction semble apparaître, entre ce que défend mon cadre théorique dans l'intérêt de ces réformes qui vont dans le sens d'une amélioration continue de la qualité des prises en charge et les déclarations de l'une des infirmières en nous déclarant une situation actuelle avec « moins de professionnalisation » « des gens moins compétents », « plus de turn over ».

Il est également à noter que les deux professionnelles tendent à s'accorder que les changements opérés ont un impact sur les résidents. Nous pouvons appuyer cette réflexion à travers leurs déclarations sur la situation qui tend à générer de l'inquiétude chez les résidents en bouleversant leurs habitudes de vie.

Elle sous entendraient que ces changements iraient à contre sens de la logique de projet de vie développé au sein de ses structures. Le résident devant ainsi lui aussi en quelques sortes s'adapter. Par les expressions « impression que l'établissement est là pour faire de

⁷² Les Dossiers de la Drees, n°5, septembre 2016

l'argent », « logique de déshumanisation », la plus ancienne s'inscrit comme très critique à l'égard de ces mutations. A contrario, nous avons une jeune professionnelle qui voit dans ces changements notamment dans le cadre de la mutualisation des équipes, du positif et fait référence ainsi au « travail ensemble », à « l'amélioration de l'entraide », à « la connaissance du travail de l'autre », au renforcement de « l'esprit d'équipe ».

Il en ressort de ces deux entretiens globalement, un rapport au changement propre à chacun de nous, avec un rapport au changement et une capacité à se distancier peut être plus aisés pour les jeunes générations.

La motivation au travail

Le degré de motivation diverge une nouvelle fois, entre les deux professionnelles. Nous nous retrouvons face à une première infirmière de 27 ans qui situe le curseur entre 7 et 8 sur une échelle de 10 et l'autre, diplômée de 1999, qui le positionne à 5.

Il est à noter que toutes deux estiment que l'évolution de leur motivation s'inscrit dans une dynamique régressive. Face à ce constat, nous pourrions établir un lien entre temps passés à exercer et degré de motivation. De plus, il est sans compter que si nous allons au-delà du nombre d'années, c'est bien les conditions dans lesquelles elles sont amenées à exercer qui semblent à interroger. En effet, pour l'infirmière qui a peine 5 ans de diplôme, la dynamique de démotivation semble s'être d'ores et déjà engagée.

La prise en charge, le sentiment d'utilité se présente comme des éléments motivants pour ces deux professionnelles même si la plus riche en expériences nuance ses propos « avant, c'était le travail avec les résidents ». A travers cette logique, nous pouvons en déduire que le travail d'infirmier en lui-même peut être source de motivations mais pas dans n'importe quelles conditions et jusqu'à certaines limites propres à chacun. Toutefois, la plus jeune tend à défendre l'intérêt à exercer la profession infirmière en positionnant « le travail technique et relationnel », « le travail d'équipe » comme des éléments constitutifs à sa motivation et estimant « le travail d'infirmière comme assez positif ».

En ce qui concerne les éléments qualifiés de démotivants, nous nous retrouvons face à deux professionnelles adoptant des points de vue divergents. La plus ancienne positionne les « contraintes économiques » et son incompréhension de l'intérêt des nouveaux modes de travail, dont notamment « les protocoles », « l'outil informatique », comme des freins à sa dynamique motivationnelle.

De l'autre nous avons une jeune diplômée, qui se voit engagée dans une dynamique de démotivation à travers un flou concernant son évolution de carrière. Elle tient à préciser que « ce n'est pas le travail en lui-même, pour le moment ». Cette dernière précision, nous suggère malgré tout que la dynamique motivationnelle liée à l'exercice de son travail en lui-même ne semble pas définitivement acquise.

Néanmoins, ce qui me semble pertinent, à travers ces déclarations, c'est que même si nous pouvons admettre que l'intrinsèque est essentiel dans la dynamique motivationnelle comme j'ai pu le développer dans mon cadre théorique, l'extrinsèque peut avoir une résonance plus ou moins exacerbée selon chacun.

La garantie d'une dynamique motivationnelle pérenne ne résulterait-elle pas d'un juste dosage entre intrinsèque et extrinsèque ?

Le management et la motivation

Les attentes entre les deux protagonistes à l'égard de leur manager dans leur dynamique motivationnelle semblent diverger. En effet, la plus jeune nous indique que sa titularisation serait moteur à sa motivation. Or, nous pouvons nous interroger si cette dernière a conscience de la marge de manœuvre du cadre de santé. En effet, cette dernière peut

appuyer la pertinence de titulariser tel ou tel professionnel, mais il convient d'ajouter que la décision finale reviendra à la Direction et quand bien même un poste vacant existe.

Les responsabilités confiées notamment de l'ordre de « référent de service », de « référent douleur » sont de nature à motiver cette même infirmière, tout y apportant une nuance. Elle nous indique que « s'investir dans un hôpital sans savoir ce qu'ils veulent faire de nous, c'est assez compliqué ». A travers cette remarque, nous pouvons comprendre que donner des responsabilités à ses agents n'est pas la garantie d'une motivation et revêt une réalité plus complexe. Les responsabilités confiées sont-elles vraiment bien accueillies par tous ? Agissent-elles comme stimulant de notre motivation à coup sûr ? Confier des responsabilités est-ce suffisant pour promouvoir une dynamique motivationnelle ? Si nous nous appuyons sur le cadre théorique, chaque agent est singulier avec des attentes diverses. C'est ainsi le rôle du manager de dépister les déterminants de la motivation de ses membres de l'équipe afin d'agir avec la marge de manœuvre qui est la sienne.

Pour l'autre infirmière, sa dynamique motivationnelle est en corrélation avec la reconnaissance et la dynamique de projet. Ces déclarations appuient mon cadre théorique, en verbalisant deux des quatre rôles prévalent développés dans mon cadre de référence. Même si cette infirmière apparaît dans une dynamique de démotivation, ce qui peut sembler rassurant, c'est que ses attentes afin de redonner un souffle à sa motivation s'inscrivent dans le champ du possible pour un manager

La reconnaissance au travail

L'appréciation des marques de reconnaissance portée par leur manager est là aussi à priori paradoxale.

En effet, nous avons la jeune diplômée qui assimile volontiers la reconnaissance au travail avec les responsabilités qui lui sont confiées, signe de confiance portée à son égard. Nous retrouvons également, les remerciements pour des remplacements, des heures supplémentaires qui semblent lui faire écho.

Il convient d'ajouter que « d'être à l'écoute », « prendre le temps de venir nous voir », « voir les problèmes qu'il y a eu » sont autant d'actions menées par la cadre de santé et assimilées à des marques de reconnaissance par cette professionnelle. Nous pouvons nous interroger sur le niveau de reconnaissance portée à cette professionnelle dans son travail. En effet, ce qui a pu être développé précédemment relève selon moi plus de la position du cadre, garant de la continuité et du fonctionnement du service que de véritables marques de reconnaissance portées par son manager. Puis d'un autre côté nous retrouvons l'infirmière la plus expérimentée qui exprime clairement cette défaillance en termes de reconnaissance portée à son égard. Cette dernière nous témoigne de son état d'esprit quelque peu désabusé « ça existe encore ? ... Nous on a plus rien ». Ces retours de ces deux professionnelles corréleraient l'idée que la pratique de la reconnaissance par le manager n'est pas si aisée que cela.

Les souhaits de reconnaissance verbalisés par ces deux professionnelles restent très pauvres au regard de ce besoin de reconnaissance soulevé dans mon cadre théorique. Pour l'une, elle pourrait « écouter davantage » en précisant très vite « je pense qu'elles font bien leur travail ». A travers cette déclaration, nous pouvons émettre l'hypothèse que cette dernière en tenant ce type de discours, ne souhaite pas remettre en cause l'action de son supérieur hiérarchique.

A contrario la liberté de parole de la seconde, pourrait s'expliquer par une confiance mutuelle que j'entretenais avec cette infirmière. Nous pourrions ainsi nous attendre de sa part à une série de souhaits de sa part et bien non ... « déjà un merci, tout simplement ». Cette déclaration témoigne qu'une politique de non reconnaissance se serait engagé dans nos environnements professionnels, estimant que notre engagement est juste « Normal ». Les deux professionnelles sont pourtant unanimes sur les bienfaits de la reconnaissance. « L'assurance », « la confiance », « la motivation », « l'investissement », « l'amélioration des prises en charges » sont autant de leurs retours, positionnant la reconnaissance comme

un levier clé à la disposition du manager afin de promouvoir la dynamique motivationnelle au sein des équipes. La reconnaissance traitée dans mon cadre de référence allant jusqu'à la positionner au cœur de la dynamique motivationnelle ont appuyé la pertinence des points de vue portés par ces infirmières.

Le sens du travail

Les deux infirmières trouvent du sens à leur travail. Ce sentiment résulterait de leur engagement à répondre aux besoins de la personne et d'être en capacité de pouvoir fournir un travail qu'elles jugeraient de qualité. Les prises en charges, génératrices de sens, permettraient donc, en partie, de surmonter le contexte contraint dans lequel les soignants sont amenés à évoluer. La corrélation entre sens et dynamique motivationnelle n'est pas évidente à travers ces retours. En effet, cela peut s'entendre, car qui que nous soyons, nous agissons, pour la plupart du temps, au nom d'un sens dans l'action conduite. Il est cependant à noter le décalage entre les déclarations de l'infirmière très critique sur le contexte dans lequel elle est amenée à évoluer et le sens qu'elle y trouve dans l'exercice de ses fonctions. Nous pouvons comprendre qu'il y a une capacité à dissocier le prendre soin qui est fort en sens, et les contraintes qui viennent tenter d'éroder ce rapport au travail sans parvenir à mettre fin à cette raison professionnelle.

Temps de parole libre

Il en ressort une certaine révolte au sujet de ce qu'est devenu la profession d'infirmière. En effet, l'une d'entre elle, la plus expérimentée, emploie des mots très durs « ce n'est plus une vocation, c'est un travail », « avant une certaine humanité, maintenant un exécuteur de tâches ». Il convient de faire remarquer que ces déclarations contrastent avec le sens qu'elle perçoit à exercer sa profession. Cette notion de sens est-elle bien appréhendée par les agents ? Ce concept que nous pouvons concéder comme étant difficile à appréhender, n'expliquerait-il pas en partie la pauvreté des retours et les contradictions sur cette dimension de sens au travail.

• Analyse / Interprétation des résultats pour la catégorie des CDS

Le rapport au travail

Les cinq cadres sont unanimes sur la motivation des équipes sous leurs responsabilités. En effet ils ne tarissent pas d'éloge pour qualifier le rapport au travail de leurs collaborateurs. Nous pouvons nous appuyer sur quelques unes de leurs déclarations : « dynamique », « motivé », « relation forte avec les résidents », « plaisir », « une réelle volonté de bien faire son travail », « très passionné », « beaucoup d'intérêts », « force d'initiatives », « s'investissent ». Tous ces retours rejoignent les dossiers de la DREES⁷³ nous faisant part de professionnels soignants globalement engagés dans leur travail. Il est toutefois à noter, que trois cadres sur les cinq nuancent ce ressenti au bout des lèvres à travers ce type de remarques : « du plaisir, dans l'ensemble », « du plaisir, pour la plupart », « les bons et les mauvais moments », « malgré les difficultés ». Ne faut-il pas sous-entendre, une réalité pas si sereine, que celle que nous voulons, nous présenter. Nous pouvons nous interroger, par ailleurs, sur d'autres axes pouvant conduire à cette unanimité de points de vue. Ainsi, avouer une équipe en souffrance ne serait-il pas assimilé à un sentiment d'échec pour un professionnel d'encadrement ? Le manager qui n'est pas confronté directement au quotidien des équipes ne perçoit-il pas une image parfois biaisée des réalités ? Et il conviendrait d'ajouter à ces interrogations, que chaque agent n'a pas à l'esprit de

⁷³ Ibid.

communiquer de manière systématique à son cadre son rapport à son travail, et quand bien même ce dernier le partage, le cadre est libre de l'interpréter comme il lui semble.

Le changement

Au regard des déclarations de l'ensemble des cadres, les changements ne sont pas vécus de manière sereine par les soignants. A la question sur leurs ressentis, nous nous retrouvons face à des retours du type « très difficilement », « très mal », « c'est compliqué », autant de signaux de malaise à l'égard de ces mutations qui corréleront mon cadre théorique à cette réalité. A travers ces retours, les managers semblent être au clair sur le ressenti des équipes qui considèrent notamment que « les évolutions ne vont jamais dans le bon sens », avec « l'impression que le métier est de moins en moins considéré par les tutelles. ». Ainsi, la responsabilité confiée au cadre de santé de les mettre en œuvre dans les services n'expliquerait elle pas en partie cette vision « juste » du rapport au changement qu'entretiennent les professionnels sous sa responsabilité ?

Trois des cinq cadres interrogées, soulignent les restrictions en termes de budgets en pointant plus particulièrement, la baisse d'effectif pour l'une d'entre elle. La notion de réorganisation revient également, avec les notions pouvant y être associées à travers des remarques du type « on a remis les compétences, chacun ses compétences », « aller travailler dans le pôle », « fusionné avec un établissement plus grand », « envoi de protocole qui sont pour tout le monde ». De plus, une d'entre elles souligne le changement de visage de la population accueillie « patients de plus en plus lourds, de plus en plus âgés » et une exigence forte d'attendus en termes de qualité notamment à des remarques du type « avec tout ce que l'on nous demande au niveau HAS, ARS », « un dossier de soin qui doit être tip top ». Toutes ces observations sont en corrélation avec le cadre théorique proposé.

Cette justesse d'appréciation ne serait elle pas issue de la position stratégique du manager qui doit accompagner et expliquer au sein des équipes la mise en place de ces changements ?

La baisse de la qualité est pointée par trois cadres du panel. La restriction en termes d'effectif est mise en avant par deux d'entre elles. Mais ce qui est à noter, c'est la remarque de l'une d'entre elle qui considère qu'il y a baisse de la qualité à cause des protocoles. Elle précise que ces derniers seraient « plus difficile à mettre en place et à comprendre », « non adaptés et il n'y a pas la possibilité de discuter ». Nous pouvons comprendre qu'à travers la volonté de trop uniformiser avec une absence de consultation des professionnels de terrain, nous pouvons arriver à l'effet inverse de celui escompté en termes de qualité de prestations.

Toutefois, il convient de nuancer ces effets délétères, à travers les nuances de propos que deux des cadres ont pu me transmettre. En effet, nous prendre l'exemple de « la mise en place du projet de vie qui responsabilise et qui fait beaucoup plus sens pour l'équipe » tout y apportant là encore une nuance « bien vécu...euh ». A travers cela, on peut admettre que cela contribue à donner du sens certes, après dire que cela est bien vécu cela est une autre chose. Nous pouvons comprendre que même si l'intérêt est perçu au nom du patient, le ressenti peut s'apparenter à une contrainte dans le contexte dans lequel l'agent est amené à évoluer.

Toutefois, la touche positive qui convient de souligner c'est la déclaration de l'une des cadres de santé en nous précisant l' « absence de perte sur la qualité de la réflexion au besoin du résident » qui nuance ainsi les impacts néfastes de ces changements sur le paramètre de la qualité des soins. La prévalence de la qualité à travers leurs retours ne serait elle pas à mettre en corrélation avec la fonction cadre en tant que garant de la qualité et de la sécurité des soins ?

Les cadres semblent détenir une marge de manœuvre restreinte au regard des changements opérés. En effet, sur les cinq cadres sollicitées, deux seulement, m'indiquent des pistes. L'une déclare « on essaye de moduler nos organisations, de les adapter » et l'autre « je les aide à travers les réunions d'équipe, à travers la formation ». Une troisième souligne quant à elle, « qu'elles se sont adaptées avec les moyens qu'elles avaient », en

effet « des nouvelles recrutées ont connu moins de personnels, donc finalement, ça se met pas trop mal ». A travers cette dernière déclaration, nous pouvons ressentir un manque d'engagement pour accompagner ces professionnels dans ces changements.

Le sentiment d'impuissance, de fatalité, voire même de démotivation impacterait elle également les cadres? En effet, au regard de mon cadre théorique, nous pourrions nous attendre à quelques références à travers certains rôles prévalent du manager dans la dynamique motivationnelle applicable aux changements. Le rôle dans le sens, dans la reconnaissance, dans la dynamique de projet notamment, n'ont effectivement pas été des axes abordés, lors de cet échange.

La motivation au travail

Les cadres de santé nous témoignent d'équipes globalement motivées. En effet, trois d'entre elles sont très élogieuses. Nous pouvons d'ailleurs, noter quelques unes de leurs déclarations du type « motivation importante », « toujours surprise de la motivation », « équipe assez motivée, qui se motive les uns les autres », « les soignants sont toujours motivés » ...

Ces retours ne sont ils pas excessivement idéalistes ? Certes les dossiers de la DREES ont souligné un engagement des professionnels soignants dans leur exercice, néanmoins, si on se réfère au rapport singulier que chacun entretient avec son travail, développé dans mon cadre théorique, il me semble important d'apporter une nuance à ces propos. En effet, une cadre appuie cette réflexion en déclarant que « 2 ou 3 par équipes travaillent pour payer les factures » et « que par contre il y a toujours des éléments moteurs ». Nous pouvons donc nous interroger si faire référence à la dynamique de démotivation par le cadre ne serait il pas perçu à son niveau comme un témoignage d'un échec personnel ?

Aucune des cadres ne souligne une régression de la dynamique motivationnelle. Pour deux d'entre elles la motivation est stable « la motivation n'est pas moindre mais les craintes sont supérieures », « pour les anciens, ça n'a pas beaucoup évolué... tu leur proposes des formations, de la mobilité ils ne veulent pas ». A travers ces déclarations nous pouvons comprendre que la tendance initiale, quelle soit de nature positive ou négative, ne se voit pas s'inverser. Une autre apporte toutefois une nuance, en effet, elle avoue que la motivation est fluctuante « il y a des périodes où nous sommes plus fatigués ».

Quant à deux autres cadres, il est souligné, une majoration de la motivation se traduisant à travers des propos du type : « plus motivé je trouve », « positivement, surtout pour les jeunes ». Il convient de souligner autant de rapport à la motivation, que de regards portés par un tiers et dans le cas échéant par un cadre de santé. Toutefois, Il est à noter la remarque de l'une d'entre elle « une personne qui se sent pas bien, je vais demander à la direction pour proposer autre chose ». Nous pouvons nous interroger sur la pertinence de cette posture qui traduit une absence de réflexion sur le pourquoi de cette situation et enraye toute possibilité d'action.

En effet, au regard des apports théoriques, même si le rapport à la motivation est propre à chacun, le cadre de santé détient des leviers pour tenter d'influer sur la dynamique motivationnelle.

De manière unanime, le travail soignant en lui-même, est perçu par le cadre de santé comme un déterminant central de la motivation. Nous pouvons nous appuyer sur un certains nombres de déclarations allant dans ce sens du type « c'est bien prendre en charge les résidents », « d'avoir bien habillé untel », « leur boulot ».

En effet, même si le travail d'équipe a été relevé par une cadre de santé comme élément motivant, un point d'honneur sur la contribution de la relation à la personne prise en soins dans la dynamique motivationnelle me semble essentiel. La dimension « intrinsèque » mise en exergue par les cadres de santé corrobore mon cadre théorique en le considérant comme central dans la dynamique motivationnelle.

Puis la notion de reconnaissance n'est pas en reste. En effet, deux des cadres font référence à cette dimension, l'une sommairement « familles qui nous remercient » et l'autre de manière plus large « reconnaissance des familles, des médecins, du cadre ». Cette référence à la reconnaissance corrobore au même titre ce que j'ai pu avancer dans mon éclairage théorique, en positionnant la reconnaissance comme une demande quasi unanime chez les salariés. En effet, cette dernière présente de nombreux bienfaits, la positionnant pour de nombreux auteurs notamment Boursier et Palobart comme « source de motivation et de satisfaction ». Il est à noter également, qu'une seule des cinq cadres sollicitées, nous fait partager des activités concrètes du cadre de santé « la délégation », « les envoyer se former » comme contributifs à la motivation.

Même si ces déterminants font partie de ceux annoncés dans mes apports théoriques, ces derniers ne constituent qu'un échantillon des déterminants qu'un cadre de santé puisse connaître.

De plus, Pour clore, cette rubrique sur les facteurs motivants, une remarque me semble pertinente allant à au delà des motivations propre à l'exercice soignant que nous avons pu développées précédemment, du type « travailler dans un établissement, pas très loin de chez toi ». En effet, comme le reprends mon cadre conceptuel, même si la motivation extrinsèque reste à la marge et ne suffisent pas à motiver les salariés, cette typologie de motivation existe belle et bien et, est à prendre en compte.

La quasi unanimité, soit 4 des 5 cadres interrogées, considère les contraintes économiques comme l'épine dorsale de la démotivation des professionnels soignants. La « baisse des effectifs », « une charge de travail croissante » sont quelques uns des retours formulés par les cadres comme facteur potentiellement contributif à la démotivation. Les arrêts et le surplus d'effort pour compenser, la mobilité « aller travailler dans le pôle » sont autant de traductions de cette politique d'efficience engagée comme le témoigne explicitement une des cadres interrogées. De plus, La modification de la population accueillie « structures non adaptées aux résidents déambulants » soulignée par l'une d'entre elle, est également, un élément contextuel perçu comme démotivant aux yeux d'une des professionnels d'encadrement.

Toutes ces déclarations semblent appuyer les apports du Dossier de la DREES⁷⁴, qui a mis en exergue un environnement en mutation et contraignant. D'autre part au niveau du travail en lui-même, la monotonie du travail que ce soit, au niveau des infirmières et des aides soignantes a été pointé par deux cadres comme démotivant. Le faible turn over des patients, la prépondérance des soins de nursing ne constitueraient ils pas quelques pistes pour expliquer l'impact potentiel de la monotonie dans la dynamique de démotivation ?

Un troisième point sur un manque d'écoute exprimé à travers « des propositions qui ne sont pas entendus », est également relevé par une des cadres, qui va de pair avec les apports théoriques de mon cadre de référence qui sous entend les bénéfices notables d'une prise en compte de l'individu notamment à travers la pratique de reconnaissance.

De plus, le dernier point qui me semble important d'aborder est la prédisposition des professionnels soignants de gériatrie à être confrontés à un certains nombres de préjugés comme j'ai pu l'indiqué dans mon cadre de référence. En effet, une des cadres appuie cette remarque en déclarant « un racisme professionnel auprès des soignants travaillant en gériatrie ». Nous pouvons sous entendre que seul le regard négatif porté sur notre exercice impacterait de manière préjudiciable notre motivation à exercer.

Le management et la motivation

Unanimement, les cadres m'ont fait part de leur intérêt certain à promouvoir une dynamique motivationnelle au sein de leurs équipes. Nous pouvons souligner quelques remarques

⁷⁴ Ibid.

allant dans ce sens : « je me sens concerné, c'est ça qui me motive aussi », « la motivation est très importante », « je m'y investis ».

Le sens des réponses me semble avoir été quelque peu influé par la construction du questionnement. En effet, en tant que cadre, nous savons pertinemment que la problématique de la motivation est centrale dans les organisations et que nous sommes attendus dans ce domaine ci. Comme j'ai pu le souligner dans mon éclairage théorique, la compétence qui consisterait à motiver les équipes n'est pas formalisée au sein du référentiel du cadre de santé. Néanmoins, au nom de la qualité et de la sécurité des soins, de l'efficacité et du bien être des équipes, le professionnel d'encadrement se doit de s'engager dans cette démarche.

Les propositions des cadres de santé en termes de leviers motivationnels sont très hétéroclites. Nous ne retrouvons pas de manière franche les quatre rôles prévalent du manager dans la dynamique de motivation décrit dans mon cadre conceptuel. Quelques références sont toutefois à mettre en lien avec le rôle en termes de reconnaissance. En effet, deux des cinq cadres, nous font part de leur action dans ces champs ci : « quand une famille valorise le travail, je leur dis et je le note dans le dossier », « pour les plus méritants, la surprime », « je mets un mot à la fin d'année pour valoriser le travail ».

Mais j'apporterais toutefois une nuance sur ce que les manager estiment être des marques de reconnaissance du type « je vais rentrer leur heures », « petites heures que je peux leur rendre », « en étant vigilante sur les organisations, sur le nombre de personnel présent... ». En effet, ces actions sont elles de véritables marques de reconnaissance et sont elles perçues comme telles par les intéressés?

De plus, au-delà de cette question de reconnaissance, la notion de responsabilisation et d'écoute de leurs difficultés, 2 cadres pour chaque item s'inscrivent comme des leviers privilégiés dans leur promotion de la dynamique motivationnelle. Certes, ces outils s'inscrivent comme des déterminants de la motivation sur lesquels il est important d'influer, mais sont ils véritablement suffisants ?

De manière globale, nous pouvons nous interroger sur l'écart entre la théorie appuyé par le déclaratif sur la centralité du rôle du cadre dans la dynamique motivationnelle et le caractère « pauvre » et « imprécis » des leviers proposés.

Les quatre cadres qui se sont exprimées sur le sujet, déclarent de manière unanime que leur marge de manœuvre est étroite dans le domaine de la motivation. Pour trois d'entre elles, ces limites sont relatives à la fonction en évoquant notamment « responsabiliser, cela m'appartient », « une marge de manœuvre au niveau du service, sur l'organisation », « ma marge de manœuvre, c'est à travers le patient » et pour la quatrième « elle est liée aux finances qu'on nous donne ».

Ces déclarations corroborent les limites notamment en lien avec la politique générale mis en avant dans mon cadre théorique. En effet, quelle place et quels moyens laissons-nous à ce dernier pour agir ? Au delà de ces limites, nous pouvons nous interroger sur cet écart entre la théorie, avec ce panel de leviers et cette perception apparente de non capacité à agir dans ce domaine ci. Nous pouvons ainsi nous interroger si cela relève d'une méconnaissance par le cadre de ces leviers ou une défaillance en termes de volonté à s'y engager ?

La reconnaissance du travail

Les trois cadres, qui se sont exprimées sur cette thématique de la reconnaissance, soulignent leur intérêt à s'y engager. Nous pouvons reprendre quelques unes de leurs remarques : « je me sens concerné », « bien sûr ».

Là encore, avec du recul, la formulation de la question n'aurait elle pas orienté les déclarations de ces derniers ? De plus, l'absence de réponse de deux d'entre elles à une question, pourtant simple et claire, ne pourrait elle pas être assimilée en première instance à une stratégie de fuite ? En effet, ne rien dire, c'est ne pas avouer....

Parmi le panel des 5 cadres, 4 expriment la verbalisation du travail bien fait comme un de leurs leviers de reconnaissance auprès des équipes. Puis, viennent ensuite, pour deux d'entre-elles, les remerciements à travers des déclarations du type : « je remercie très souvent ».

Puis, nous retrouvons des remarques qui ne sont pas de manière évidente à corréliser avec la reconnaissance du manager. A travers des remarques du type « l'accompagnement », « les encourager », « la petite demi heure en trop, je vais la noter », nous pouvons interroger sur la nature de ces marques de reconnaissance. En effet, si nous nous appuyons sur le dernier verbatim, cette action, jugée comme marque de reconnaissance par le manager, ne serait elle pas à considérer comme le juste retour de la contribution de l'agent ? Ainsi, au regard de ces remarques, nous pouvons pointer une difficulté potentielle pour les managers à appréhender cette dimension de reconnaissance. Toutefois, des liens peuvent être établis, entre le développement des quatre pratiques décrites de reconnaissance au travail « reconnaissance existentielle », « reconnaissance dans la pratique de travail », « reconnaissance de l'investissement dans le travail », « reconnaissance des résultats du travail », développés dans mon cadre conceptuel, et les déclarations des cadres.

Néanmoins, j'y apporterais une nuance. En effet, à travers la revue professionnelle « Gestion », qui souligne que ces quatre formes de reconnaissance sont complémentaires et interdépendantes et qu'aucune de ces manifestations de reconnaissance au travail ne devrait être utilisée seule ou considérée comme supérieure à une autre, nous pouvons nous interroger au regard de la relative pauvreté des retours.

Les cadres semblent s'accorder sur les effets bénéfiques de la reconnaissance dans le cadre de la dynamique motivationnelle. En effet, il en ressort un impact positif sur la qualité du travail.

La reconnaissance permettrait d'avoir, pour deux des cadres, « un soignant qui fait mieux son travail ». Nous pouvons relever par ailleurs, à un niveau équivalent, le lien potentiel entre reconnaissance et bien être au travail. Ainsi, « Avoir un meilleur moral », « être bien dans son travail » sont autant de retours qui viennent appuyer cette notion de satisfaction dans l'exercice professionnel à travers la reconnaissance portée.

Il est également à noter que l'une d'entre elle explicite clairement la pratique de la reconnaissance comme levier de valorisation et de motivation, ce qui appuierait ainsi mes apports théoriques dans ce sens. De plus, nous pouvons corréliser la teneur de ces retours avec la centralité de la reconnaissance défendue par un certain nombre d'auteurs. En effet, le point de vue de Dejours, positionnant la reconnaissance comme le « vecteur de l'identité », « Puisque je suis ce que je fais, pourrait on dire qu'ignorer mon travail revient à m'ignorer » ne fait qu'appuyer la pertinence et la lucidité des professionnels d'encadrement sur les bienfaits de la reconnaissance.

Le sens du travail

Les retours sur la signification du « sens du travail » sont très hétérogènes. Nous retrouvons en effet, une pluralité de retours, cohérents, pour certains, avec mon cadre théorique, notamment à travers « la capacité de s'adapter à la personne que j'ai en face de moi », « le pourquoi on fait ça ».

Dans ce cadre là, le projet de vie est évoqué à deux reprises comme expression du sens dans le travail, notamment à travers l'intérêt de la personnalisation. De plus, la notion de professionnalisme est également rattachée à cette thématique, du sens du travail à travers les retours de deux cadres.

Ainsi, pouvoir faire son travail dans les règles de l'art, en répondant à la commande, sans mettre à mal nos valeurs contribuerait à ce ressenti de sens par l'intéressé. Il est à noter également, que l'une d'entre elle en évoquant « c'est avoir des responsabilités » répond à l'idée d'une des caractéristiques qui donnent du sens au travail au regard de l'étude de l'IRSST⁷⁵.

Mais ce qui peut être soulevé là encore, c'est l'impression d'une difficulté à appréhender par les professionnels d'encadrement à percevoir, avec justesse, ce que nous pouvons mettre derrière le mot sens du travail., Face à une question portant sur la signification du « sens du travail », nous nous retrouvons face à des réponses du type « c'est la motivation », « des droits, mais aussi des devoirs ». Nous pouvons donc nous interroger tantôt sur les raccourcis, tantôt sur les réels liens entre la notion que je demandais d'explicitier et la nature de leurs retours. Afin d'apporter plus d'objectivité à cette réflexion, outre la notion de responsabilité que nous pouvons rattacher à l' « autonomie », dans les caractéristiques proposées par l'IRSTT⁷⁶, aucune autre de type « occasion d'apprentissage et de développement », « qualité des relations », « reconnaissance » n'a pas été explicitée.

D'une manière globale, deux cadres sur cinq déclarent s'impliquer dans la recherche de sens en réinterrogeant les pratiques. Quelques unes de leurs déclarations « j'ai toujours à cœur de réinterroger les pratiques », « toujours être dans le questionnement », « les faire réfléchir et les encourager à écrire noir sur blanc ce que l'on fait » appuient cette dynamique de réflexion, qu'une des cadres resitue justement dans le contexte ; elle évoque « des décisions qui doivent être prise au nom du résident ».

Il est à noter également, l'utilisation d'un certains nombres d'outils, notamment « les réunions » évoquées à deux reprises et « les formations et les réorganisations de travail » soulignés de manière isolée comme des moyens pour stimuler cette recherche de sens. De plus, il me semble pertinent de soulever, que l'écart entre la théorie proposée très générale dans cette approche du sens au travail et les retours des cadres de proximité, proposant des outils pratico pratiques, et qui viennent enrichir ma proposition théorique initiale.

Au regard des retours des professionnels d'encadrement, le sens aurait 2 impacts prioritaires.

L'un est centré sur la qualité du travail. Nous retrouvons ainsi les remarques de 3 professionnels, du type « bonne prise en charge du résident », « prise en charge de qualité », qui appuient cette première observation.

Le second concerne la corrélation entre sens et satisfaction du professionnel dans l'exercice de ses fonctions, notion également reprise par trois professionnels. L'engagement du manager dans le sens du travail semble ainsi central, l'inscrivant d'une part dans son rôle de garant de la qualité et de la sécurité des soins et d'autre part, comme un acteur de l'organisation, soucieux de l'épanouissement des équipes sous sa responsabilité.

Temps de parole libre

Une nouvelle fois, le contexte contraint dans lequel les professionnels soignants sont amenés à exercer est une nouvelle fois pointé comme une source d'inquiétude pour l'avenir. La déclaration d'une des cadres « on tire sur l'élastique, j'ai peur qu'on arrive à rompre celui-ci » souligne cet état de tension marqué par la politique de l'efficience dont nous avons pu prendre pleinement conscience à travers les déclarations de la DREES.

Cette même cadre tend à positiver en nous précisant qu'il reste des soignants motivés dans cette branche, corrélant de fait l'engagement des professionnels soignants à l'égard de leur exercice, souligné par ce même dossier.

⁷⁵ Etudes, IRSST, *Donner un sens au travail*

⁷⁶ Ibid.

Un deuxième axe, sur l'intérêt porté à exercer en gériatrie, a été également soulevé. Une cadre souligne les aspects enrichissants de cette discipline malgré les aprioris. En effet certains professionnels, ayant pourtant des aprioris négatifs sur la gériatrie, ont pu développer une certaine forme d'appétence et s'épanouir professionnellement. Cette réticence initiale, à exercer en gériatrie, ne serait elle pas le reflet de ce que renvoie la société ?

En effet, deux cadres appuient cette réflexion, l'une en évoquant du « racisme professionnel », l'autre sur la non possibilité d'évoluer professionnellement « tu as perdu les connaissances, donc tu vas rester à ton EHPAD toute ta vie ». La dimension d'accompagnement ne serait elle plus aussi centrale qu'elle pouvait l'être par les temps passés, dans les professions soignantes ?

Un dernier point sur la dynamique de motivation me semble pertinent à soulever. Au cours de ce temps de libre parole, une des cadres souligne le rapport propre de chacun à la motivation. Un lien peut être ainsi clairement établi avec les limites en termes d'action dans la dynamique motivationnelle que j'ai pu exposer dans mon cadre théorique.

En effet, nous pouvons nous appuyer sur les propos de JP Dumont, « la motivation n'est pas maîtrisable, elle fait partie des processus psychiques qui relèvent de la liberté de l'individu ». Il est à noter qu'une cadre nous fait remarquer que la sphère individuelle, notamment notre vie privée, peut influencer négativement sur notre motivation dans le travail ; elle évoque en évoquant la situation de « maman isolée avec enfants ».

C'est devant cette complexité, de la thématique de la motivation, qu'une approche large et globale me semblerait la plus pertinente. En effet, comme Claude LEVY – BOYER a pu justement le souligner « aucun modèle ne peut prétendre à synthétiser à lui seul toutes les dimensions du processus motivationnel, mais chacun l'éclaire en partie »⁷⁷.

4.4 La synthèse des trois analyses

Le rapport au travail

Les cadres de santé nous décrivent les professionnels, sous leur responsabilité, comme étant très engagés dans leur profession, avec beaucoup de plaisir à l'exercer, en apportant toutefois un léger bémol à travers des expressions du type « dans l'ensemble », « les bons et les mauvais moments », « malgré les difficultés ».

Pour les AS, nous retrouvons les notions de bien être et d'épanouissement, avec l'idée d'un avant et d'un après, avec une tendance à voir disparaître l'envie.

Quant aux professionnels IDE, ils rejoignent la population d'AS à travers la notion d'intérêt, de bien être, de construction professionnelle, tout en ciblant cette dimension de routine que les professionnels AS n'ont pas abordée.

Si nous analysons de manière globale ces remarques, nous pouvons dire que, quelque soit notre fonction, AS, IDE, Cadre de santé, le rapport au travail soignant en lui-même, en dehors du contexte dans lequel nous sommes amenés à l'exercer, est globalement perçu comme positif.

Le changement

⁷⁷ LEVY Leboyer Claude ; *Re- motiver au travail*

Les trois catégories (AS/IDE/CDS) semblent converger sur quelques points de changements. Toutes s'accordent à relever les changements institutionnels empreints de restrictions budgétaires, de réductions d'effectifs, de réorganisations de travail, d'un travail plus dense. Néanmoins il est à noter que les professionnels AS/IDE, qui ont moins d'expérience, nous font part de moins de changements. En effet, à leur prise de poste, nous pouvons comprendre que les mutations centrales étaient d'ores et déjà engagées.

Il est à souligner que les changements en termes de population accueillie, plus âgée et plus dépendante, ont été soulignés par les trois fonctions. En termes de précision, seules les plus anciennes (AS/IDE) ont fait cette remarque, ce qui confirme ma réflexion antérieure.

D'autre part, la majoration des exigences en termes de qualité a été soulignée par les cadres. Peut être, est ce à mettre en corrélation avec le rôle central du manager, garant de la qualité et de la sécurité des soins ? Néanmoins, ce qui peut interroger, c'est la déclaration d'une des infirmières qui considère les professionnels moins compétents sur le terrain, ce qui peut contraster avec les exigences accrues en termes de qualité.

Selon les cadres, les changements sont vécus très négativement par les professionnels soignants, notamment en termes de conditions dans lesquelles ces derniers sont amenés à exercer. Cette perception semble juste et coïncider avec les déclarations des soignants (IDE/AS), mais reste cependant à nuancer et à étoffer. En effet, les infirmières vont au-delà, en nous précisant que ces changements ont également des impacts préjudiciables sur le patient à travers notamment le bouleversement des habitudes.

De plus, une nuance est également à apporter, car une jeune professionnelle infirmière nous fait part de positif dans les changements qu'elle a vu s'opérer. En effet, à travers la mutualisation des équipes, celle-ci souligne un renforcement du travail d'équipe et une meilleure connaissance du travail de l'autre.

Il n'en reste pas moins que le corps des cadres estime globalement que ces changements sont préjudiciables, tant pour le professionnel soignant, que pour la qualité des prises en soin. Une note de relativisme est cependant à souligner, en précisant que ces changements n'ont pas impacté le niveau de réflexion conduit au nom du résident. Face à ces changements, certains cadres accompagnent les agents, d'autres les laisse s'adapter avec les moyens qui leurs sont alloués. Une dimension de pessimisme, de démotivation n'est elle pas à sous entendre face à ces retours de professionnels cadres ?

La motivation au travail

Le regard des cadres de santé porté sur la motivation des professionnels soignants contraste fortement avec les déclarations des agents (AS/IDE), même si le niveau de motivation semble se corréler, sans distinction de fonction, avec le nombre d'années d'exercice.

En effet, plus le professionnel possède de l'expérience, plus il se présente comme démotivé. Le contraste concerne également la perception de l'évolution de la motivation. D'un côté nous avons des professionnels qui déclarent unanimement voir leur motivation régresser et, de l'autre, des cadres qui considèrent leur motivation stable voire supérieure. Nous pouvons nous demander si le cadre ne

parvient pas à capter cette dynamique de démotivation au sein des équipes ou s'il s'inscrit dans une logique de déni assumée ?

De plus, reconnaître une dynamique de démotivation au sein des équipes sous leurs responsabilités ne serait il pas considéré, par ces derniers, comme un aveu d'échec ?

Les trois catégories semblent converger sur des éléments motivants dans le contexte professionnel. La prise en soin (relationnel/ technique), le sentiment d'utilité, le travail d'équipe sont des convergences de déclarations. Après, nous pouvons retrouver un parallèle entre une aide soignante qui estime, que se voir confier des responsabilités, la motive, et le levier de la délégation que les cadres ont pu souligner.

Cependant il est à noter que les propositions des cadres en termes de déterminants potentiellement motivants ont été beaucoup plus riches. Ainsi, ils ont pu aborder la notion de reconnaissance. Nous pouvons nous interroger sur le pourquoi, ces professionnels soignants n'ont pas abordé cette notion, alors que celle-ci s'avère centrale aux yeux d'un nombre conséquent d'individus. Simple oubli ou tout simplement « habitude » à ne pas être reconnu dans leur exercice professionnel ?

Par ailleurs, la formation, la proximité entre lieu de travail et domicile a pu également être verbalisée par les cadres.

Globalement, les contraintes budgétaires sont perçues comme des facteurs démotivants au regard des retours de ces trois catégories de professionnels. La charge de travail croissante, le sentiment d'effectuer un travail inachevé sont des éléments soulevés.

La monotonie du travail est également mise en avant par les cadres de santé alors que les agents n'en font pas référence. Peut-être est-ce le reflet d'une perception propre au cadre qu'il a de sa fonction initiale et non celle des agents sous sa responsabilité ?

De manière isolée, nous retrouvons également pour les cadres, les réorganisations de travail, le nombre conséquent d'arrêts et le racisme professionnel porté à l'égard des professionnels de gériatrie comme des éléments propices à la démotivation.

Puis, nous avons des remarques des infirmières, l'une évoquant la rigidité des protocoles et l'autre le fait de ne pas être titularisé.

Encore une fois, nous pouvons prendre conscience de la singularité de chacun à la relation que nous entretenons avec la dynamique motivationnelle.

Le management et la motivation

Nous pouvons noter un contraste entre l'intérêt considérable qu'ont les cadres de santé à promouvoir une dynamique motivationnelle au sein des équipes et les attentes annoncées par les professionnels soignants.

Certes il y a des points de convergence notamment à travers l'écoute, la reconnaissance, la formation mais ceux-ci ont été exprimés de manière isolée. Les cadres vont plus loin en évoquant notamment la responsabilisation, la délégation, la réflexion sur les organisations comme autres leviers motivationnels. Toutefois, une

infirmière se démarque en déclarant que sa seule attente, à l'égard de sa cadre de santé, est sa titularisation.

Par ailleurs, une autre convergence est à noter entre les AS et les cadres qui jugent le rôle de l'encadrement contraint vis-à-vis de la thématique de la motivation. Nous avons l'avis des aides soignants qui déclarent que la fonction cadre ne permet pas d'agir et la vision du cadre plus tempérée qui délimite une marge de manœuvre autour des moyens alloués et de la fonction.

En effet, son action s'inscrira au niveau de l'organisation du service, au nom du patient.

La reconnaissance au travail

Nous retrouvons là encore un clivage entre l'intérêt annoncé par les cadres de santé à la reconnaissance du travail et les déclarations des soignants.

En effet, nous avons un panel scindé en deux ; d'une part une aide soignante et une infirmière qui déclarent que les marques de reconnaissance qui leurs sont portées leur suffisent. Nous pouvons noter l'écoute, la disponibilité, les remerciements, les responsabilités confiées ; d'autre part, les deux autres soignantes qui estiment la reconnaissance comme inexistante, l'une en quête d'un simple merci et l'autre en attente de la participation de la cadre à ses tâches du quotidien.

La piste du caractère biaisé « cela me suffit » me semble pertinente à explorer. Ces dernières, non titularisées, ont-elles eu la crainte que leurs déclarations pourraient leur porter préjudice en estimant qu'une remise en cause du travail du supérieur hiérarchique pourrait leur porter préjudice ?

En tout état de cause, la politique de reconnaissance semble vraisemblablement défailtante. Or à contrario, nous avons des cadres qui déclarent que la valorisation du travail bien fait, les remerciements, le management participatif, les encouragements et la souplesse sont des marques de reconnaissance qu'ils estiment mettre à profit au quotidien.

En ce qui concerne les effets bénéfiques de la reconnaissance, la majorité des professionnels, toutes fonctions confondues, nous indiquent, en premier lieu, une motivation accentuée. Les infirmiers et les cadres nous ont également fait part de l'impact positif sur la qualité du service rendu d'un bien être et d'une certaine confiance dans le travail pour les professionnels soignants.

Une aide soignante se distingue néanmoins par ses propos, en déclarant qu'elle n'avait pas besoin qu'on la reconnaisse.

Le sens du travail

Même si les mots sont différents, ce qui est entendu par les diverses catégories, sous le terme « sens », semble converger. C'est réellement notre adaptation, notre capacité à répondre aux besoins singuliers de l'individu qui fait sens.

Avec du recul, ce concept de sens n'est pas si aisé à appréhender, ce qui expliquerait notamment cette difficulté, pour les professionnels soignants, à me faire partager leur vision et leur expérience au regard cette dimension.

Cependant, au regard des retours des cadres de santé, leur implication, dans cette recherche de sens, s'exprime à travers une proximité des équipes, un questionnement autour des pratiques au nom du résident et une intégration des équipes dans la réflexion. Les réunions et les formations sont également des leviers qui ont été cités.

Pour les cadres, le sens permet à l'agent d'appuyer son sentiment d'utilité, d'être satisfait et de pouvoir s'épanouir. L'amélioration des prises en soin est également évoquée.

Ainsi, même si les professionnels soignants ont très peu verbalisé sur cette dimension de « sens », on voit à quel point il est nécessaire de ne pas négliger celle-ci, d'autant plus dans le cadre de la dynamique de motivation.

Temps de parole libre

L'ensemble des soignants (IDE/ AS) admettent qu'exercer en gériatrie peut être enrichissant, mais pas dans les conditions actuelles. Ceux-ci s'avèrent pessimistes voire démotivés au regard des propos tenus.

Les cadres de santé tiennent un discours plus nuancé. Elles rejoignent les soignantes sur le fait que l'on peut très bien exercer en gériatrie et avoir de la satisfaction. Néanmoins elles sont également inquiètes pour l'avenir. Le pari entre baisse des moyens et exigences de qualité est loin d'être gagné sur le long terme.

De plus, le racisme professionnel à l'égard des professionnels soignants exerçant en gériatrie et le questionnement sur d'autres sources de démotivation, notamment en lien avec la vie personnelle de chacun, sont d'autres paramètres relevés par les cadres de santé qui ne rendent la problématique de la motivation en EHPAD que plus complexe.

5 Discussion

Après ces différentes étapes qui ont ponctué et nourri ce travail de recherche, il est venu le temps de revenir aux hypothèses et à la question de recherche posée.

Pour rappel, les hypothèses posées sont :

- Redonner du sens à l'activité soignante au sein de l'EHPAD par le cadre de santé peut permettre de prévenir la problématique de la démotivation.
- La reconnaissance du travail soignant en EHPAD par le cadre, participe à donner du sens, l'exposant dans une moindre mesure au risque de démotivation de son équipe.

A travers mon cadre théorique et l'analyse de mes entretiens menés, les dimensions de sens et de reconnaissance sont présentées comme des leviers, à disposition du cadre de santé, pouvant engendrer un potentiel écho « positif » auprès de la population soignante, notamment dans leur dynamique motivationnelle.

Cependant, même si ce travail semble confirmer mes hypothèses, il m'apparaît important de rester humble devant la complexité du processus motivationnel et du rapport singulier que nous entretenons avec celui-ci.

En effet, comme nous avons pu le comprendre à travers l'éclairage théorique proposé et l'analyse produite, même si des convergences se rejoignent en termes de déterminants motivationnels, il est important pour le manager d'observer, de réfléchir afin d'adapter son management de la motivation et de retirer le plus grand bénéfice de son engagement.

Avec du recul, la question de recherche posée : « En quoi, un management de type situationnel mené par le cadre de santé contribue-t-il à la dynamique motivationnelle des professionnels au sein de l'EHPAD ? » me semble tout à fait pertinente.

En effet, même si bon nombre de leviers, notamment le sens et la reconnaissance, sont à la disposition du cadre de santé, nous pouvons déplorer l'absence de recette miracle qui ferait du cadre de santé un acteur de plein pouvoir au regard de cette problématique complexe.

De manière globale, considérant que la motivation est propre à chaque professionnel, au contexte, au manager, avec pour responsabilité de l'encourager, la prise en considération de l'ensemble de ces paramètres appuie la légitimité d'un management situationnel dans le cadre de la promotion d'une dynamique motivationnelle au sein des EHPAD.

6 Les limites

Les limites de ce travail sont de différentes natures.

En effet, un paramètre de temporalité me semble de prime abord à relever. Une période de 10 mois de formation, dense, associant diplôme des cadres et master ne m'a pas permis d'effectuer un travail aussi abouti que je l'aurais souhaité.

Concernant les entretiens, le nombre anecdotique de 9, me semble non représentatif pour une approche dès plus complète de la thématique. Au delà de cette question du nombre, il y a cette dimension de manque d'objectivité que j'ai pu percevoir dans les réponses, tant de la part des cadres, que de celles d'une partie des professionnels soignants. L'aveu d'échec personnel pour les uns et la peur des représailles pour les autres me semblent des pistes à explorer.

En dernier point, je souligne le fait que nous inscrivons en phase d'apprenti chercheur. Nous ne pouvons pas avoir les mêmes attentes, à notre égard, qu'un professionnel, dont le cœur de sa profession est de conduire ce type d'exercice.

Conclusion

Face à la thématique de la motivation, le management de type situationnel, mené par le cadre de santé, constituerait la réponse la plus adaptée.

Comme ce travail de recherche a pu le souligner, le sens et la reconnaissance sont des leviers sur lesquels le cadre peut s'appuyer dans cette promotion de la dynamique motivationnelle. Néanmoins il est nécessaire, d'avoir conscience que ces deux leviers ne sont qu'un échantillon des moyens à sa disposition.

Les paramètres liés à chaque professionnel et à l'engagement du cadre de santé sont à prendre en considération. En effet, il est à noter que le cadre de santé n'a pas plein pouvoir. Les contraintes institutionnelles, les limites de sa fonction, un retrait volontaire à s'engager et une potentielle opacité des professionnels à toute action de sa part sont autant d'éléments qui ne rendent cette thématique que plus complexe. Devant un constat d'absence de recette miracle, le management situationnel me semble alors un bon compris.

Cependant, cette proposition, suggérant qu'il faut faire au mieux avec les moyens que nous détenons, me laisse sur ma faim. Ne faudrait-il pas agir sur les causes de cette démotivation qui, pour beaucoup, est en lien avec le contexte contraint dans laquelle nous évoluons ?

La diminution de la qualité des prestations de soins et la majoration de la souffrance des professionnels soignants, dénoncées à travers ce travail de recherche, ne s'inscrivent-elles pas à contre-courant des valeurs et des ambitions véhiculées par nos plus hautes instances ?

Néanmoins, après avoir fait un état des lieux sur ce travail de recherche, il m'est important de souligner l'opportunité d'avoir effectué ce type d'exercice riche en enseignements et ce à différents niveaux.

Tout d'abord, sur le plan professionnel, ce travail de recherche m'a permis de prendre de la hauteur en termes de réflexion sur une problématique qui m'avait sensibilisé en tant que professionnel infirmier. La dynamique de démotivation, préjudiciable tant pour le résident, que pour le professionnel soignant ne peut que me faire écho et me pousser à l'action. Ces apports ne pourront que m'être contributifs notamment lors de ma future prise de poste en service de gériatrie. En effet, sur la dimension réflexive, une mise en adéquation des leviers managériaux à ma disposition avec l'analyse de la situation que j'aurais pu faire au départ me sera plus aisée. Par ailleurs, je compte faire partager à l'institution qui me recrutera la réflexion menée et initier éventuellement un groupe de travail pour aller encore plus loin dans la réflexion et dans l'action.

Sur un plan méthodologique, cet exercice m'a permis d'être sensibilisé à un processus rigoureux, valable quel que soit la problématique professionnelle que nous pouvons rencontrer. La validation d'une thématique, l'émergence d'un questionnement, les recherches d'apports théoriques, la conduite d'entretien et l'analyse sont quelques unes des étapes de ce travail qui m'ont incontestablement nourri intellectuellement. Ces apports ne pourront selon moi, qu'être facilitateur dans la conduite de raisonnements sur le terrain et dans une échéance plus éloignée, dans le cadre de perspectives d'évolutions professionnelles requérant ce même type de travaux.

Sur le plan humain, ce travail de recherche, m'a permis, à travers les entretiens, de faire des rencontres plurielles et riches en enseignements.

Sur un axe plus personnel, ce travail de recherche a été l'occasion une nouvelle fois de me surpasser et ce dans un seul objectif : l'absence de regret d'avoir pu mieux faire.

Bibliographie

Ouvrages

CAILTEUX Caroline, *Comment retrouver la motivation au travail ?*, Coaching pro, numéro 72, 37 pages

KELLER Laurent, *Les clés de la motivation au travail*, L'Harmattan, 232 pages

LABERON, *Psychologie et recrutement. Modèles, pratiques et normalités*, Bruxelles, De Boeck, 2011, p.201-218

LEVY-LEBOYER Claude, *Re-motiver au travail*, 2007, Eyrolles, 149 pages

MAUGERI Salvatore, *Théories de la motivation au travail*, 2013, Dunod, 128 pages

Rapports

Dossiers de la DREES, *Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des professionnels très engagés*, numéro 5, septembre 2016

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd05.pdf>

Consulté le 20/09/2016

Dossiers de l'IRSST, MORIN.M et GAGNE C, *Donner un sens au travail*

<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/R-624.pdf>

Consulté le 10/01/2017

Articles Professionnels

FAES Hubert, *Le sens au travail*, Transversalité, n°120, 2011, p.25-37

<https://www.cairn.info/revue-transversalites-2011-4-page-25.htm>

Consulté le 02/12/2016

RENAULT Emmanuel, *Reconnaissance et travail*, Travailler, n°18, 2007, p.119 -135

<https://www.cairn.info/revue-travailler-2007-2-page-119.htm>

Consulté le 02/12/2016

RIVALEAU Chantal, *Motivation et rôle du cadre de santé*, mai 2003

<http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Motivation-etrole-du-cadre-de>

Consulté le 26/11/2016

WEINBERG Achille, *Pourquoi travaille-t-on?*, Sciences Humaines, octobre 2012

https://www.scienceshumaines.com/pourquoi-travaille-t-on_fr_29536.html

Consulté le 26/11/2016

Textes législatifs

Légifrance, *Etablissement pour Personne Agées Dépendantes*

https://www.legifrance.gouv.fr/affichSarde.do?sessionId=02A1ED73141B1914D262F7EE6838ACD2.tpdjo10v_2?reprise=true&page=1&idSarde=SARDOBJT000007117793&ordre=null&nature=null&q=ls Consulté le 02/12/2016

Référentiel Aide Soignant Référence 531 081, juillet 2016

Consulté le 17/01/2016

Service Publique, *Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes*

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

Consulté le 02/12/2016

Référentiel Infirmier Référence 531 200, mars 2015

Consulté le 17/01/2017

Mémoires

BIGOT C, *Le cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel soignant en EHPAD*, ESM, 2012/2013

Consulté le 15/10/2016

BOURRIGAN L, *Le sens au travail en EHPAD*, Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Cadre de santé, ESM, 2015/2016

Consulté le 14/10/2016

Cours

Dumond J.P, *Gestion des Ressources Humaines*, cours master 1, Université Paris Est Créteil, 2/11/2016

Table des annexes

- Annexe 1 : Grille d'entretien
- Annexe 2 : Retranscription Entretien AS1
- Annexe 3 : Retranscription Entretien AS2
- Annexe 4 : Retranscription Entretien IDE 1
- Annexe 5 : Retranscription Entretien IDE 2
- Annexe 6 : Retranscription Entretien CAD1
- Annexe 7 : Retranscription Entretien CAD2
- Annexe 8 : Retranscription Entretien CAD3
- Annexe 9 : Retranscription Entretien CAD4
- Annexe10: Retranscription Entretien CAD5

Annexe1 :

GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation introductive :

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation. Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 45 à 1h15. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

(Population cible : 5 cadres de santé, 2 IDE, 2 AS soit au total : 9 entretiens)

Code couleur : bleu : soignant ; rouge : cadre de santé

Type de structure : Public/Privé

Age :

Profession :

Année de diplôme :

Date d'entrée en EHPAD :

LE RAPPORT AU TRAVAIL

Si vous deviez me donner des qualificatifs pour décrire votre ressenti par rapport à votre travail lesquels vous viennent à l'esprit ? Citez-moi en 5.

Quel regard en tant que manager portez-vous sur le rapport qu'entretiennent les professionnels soignants d'EHPAD à l'égard de leur travail ?

Objectif : Apprécier le rapport du professionnel à son travail

LE CHANGEMENT

Depuis votre prise de poste en EHPAD, avez-vous vécu des changements ? De quelle nature ?

Comment les avez-vous perçus ? Quels bénéfices ? Quelles contraintes ?

A travers votre regard de manager, comment les évolutions que connaît l'EHPAD sont elles vécues par les professionnels ?

Objectif : Apprécier l'impact de la mutation des EHPAD sur le professionnel

LA MOTIVATION AU TRAVAIL

Sur une échelle de 1 à 10, « 1 » démotivé, « 10 » très motivé par votre travail où placeriez vous le curseur ? Vous diriez que votre degré de motivation est stable ? En progression ? En régression ?

En tant que cadre de santé, quel regard portez-vous sur le degré de motivation des professionnels soignants ? Comment a-t-il évolué ?

Objectif : Apprécier le niveau de motivation des professionnels soignants en EHPAD

Qu'est ce qui vous motive dans votre travail ? Qu'est ce qui vous démotive ?

En tant que cadre de santé, pour vous, qu'est ce qui motive les soignants ? Qu'est ce qui les démotive ?

Objectif : Apprécier les déterminants de la motivation

LE MANAGEMENT ET LA MOTIVATION

Quelles sont vos attentes à l'égard de votre manager qui pourrait impacter favorablement votre motivation ?

Sentez-vous concerné par la motivation des agents ? Si oui, comment vous vous y investissez vous ? Quelle est votre marge de manœuvre ?

Objectif : Apprécier le rapport entre management et dynamique motivationnelle

LA RECONNAISSANCE AU TRAVAIL

Quelles marques de reconnaissance vous porte votre manager ? Les jugez vous suffisantes ?

Comment souhaiteriez-vous être reconnu ? En quoi ce sentiment de reconnaissance vous serait il bénéfique ?

Sentez-vous concerné par la reconnaissance du travail des agents ? Si, oui comment reconnaissez-vous les agents ? Qu'est ce que selon vous la reconnaissance ?

Objectif : Apprécier le rapport entre reconnaissance et dynamique motivationnelle

LE SENS DU TRAVAIL

Trouvez-vous un sens à votre travail ? Si non, y avez vous trouvé un sens à un moment donné ?

Que mettez vous derrière le mot « sens du travail » ?

En tant que cadre de santé, si je vous dis « sens du travail », cela vous évoque quoi ? Quelle est votre implication au regard de la recherche de sens ? Dans quels buts ?

Objectif : Apprécier le rapport entre le « sens » et dynamique motivationnelle

Annexe 2 :

Entretien Aide Soignant (AS1)

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Moi : Nous allons commencer par des questions générales

Moi : Votre type de structure ? Public ? Privé ?

AS1 : « Public »

Moi : Si ce n'est pas indiscret, votre âge ?

AS1 : « 28 ans »

Moi : Votre profession ?

AS1 : « Aide soignante »

Moi : Votre année de diplôme ?

AS1 : « Juillet 2010 »

Moi : Votre date d'entrée en EHPAD en tant qu'aide soignante ?

AS1 : « en juillet 2010 »

Moi : Si vous deviez me donner des qualificatifs pour décrire votre ressenti par rapport à votre travail lesquels vous viennent à l'esprit ? Citez-moi en 5

AS1 : « le bien être ... euh ... la communication, l'esprit d'équipe, euh.... »

Moi : Si vous n'avez pas de mots précis, pouvez vous me faire partager votre ressenti par rapport à votre travail ?

AS1 : « le bien être oui ... car pour moi ce que je fais dans la prise en charge du patient c'est donner du bien être , que le patient soit bien , donner du bien être , continuer le soin du matin jusqu'au soir ...euh moi sinon je suis épanoui dans mon travail, l'épanouissement est important , la relation aussi , la relation avec le patient , avec l'équipe c'est à prendre en compte. Voilà... »

Moi : Depuis votre prise de poste en EHPAD, avez-vous vécu des changements ? Si oui, de quelle nature ?

AS1 : « j'ai changé de service avant j'étais en EHPAD et 2012 je suis arrivé en SMTI.... »

Moi : Et dans le travail en lui-même avez-vous vécu des changements ?

AS1 : « Non, pas de changement »

Moi : Sur une échelle de 1 à 10, « 1 » démotivé, « 10 » très motivé par votre travail ou placeriez vous le curseur ?

AS1 : « A L'instant t ?

Moi : oui

AS1 : « je placerais sur 7 »

Moi : D'accord, et depuis votre prise de poste vous diriez que votre degré de motivation est stable ? En progression ? En régression ?

AS1 : « En régression »

Moi : « Qu'est ce qui vous motive dans votre travail ?

AS1 : « euh... la prise en charge du patient donc être avec eux , les aider , être à l'écoute , l'accompagnement, toutes les choses que l'on a faire à coté , on nous dit vous faites la toilette mais on a plein de petites choses à gérer à coté... les vérifications des prescriptions, moi je suis référente sur les matelas à air , tous ces petits travaux à côté c'est intéressant , c'est motivant.euh... l'équipe....quand on a une bonne équipe tout se passe bien quoi dire d'autre ... c'est tout »

Moi : A contrario, qu'est ce qui vous dé motive ?

AS1 : « Oulla La conjoncture actuelle au vue des restrictions que l'on a en tout...Actuellement depuis la fusion avec Challans... on se rend bien compte que tout ce qui est dans le publique, on a pu autant ce qu'il y avait avant...ca n'encourage pas ... on nous demande toujours de faire plus avec moins.

MOI : depuis 2010 les changements ?

AS1 : « euh Depuis 2012, depuis la fusion il y a moins de personnels.et là à chaque année qui passe il y a toujours quelque chose qui nous pend au nez. Là dernièrement il faut faire attention aux draps, aux serviettes, c'est plein de petites choses comme ça...après c'est pénalisant pour nous et c'est encore plus pénalisant pour les patients en fait ... là dans ce service là ils ont plus de mal à s en rendre compte ça va être plus les familles et qu'est ce qui prend en premier lieu ça va être nous...ca régresse énormément...Moi ce que je ressens c'est faire plus avec moins. »

Moi : Quelles sont vos attentes à l'égard de votre manager qui pourrait impacter favorablement votre motivation ?

AS1 : « Après voilà j'attends ce qu'elle soit à l'écoute des difficultés que l'on peut trouver, c'est vrai que on en parle entre nous , mais c'est important qu'elle soit à l'écoute...du coup c'est pas pour pénaliser ma chef car ça se passe très bien avec...elle est à l'écoute , elle prend note de ce qu'on après elle rien faire de plus, c'est pas elle qui dirige ça , à part faire remonter ce qu'elle entend, c'est ça qu'elle peut faire , elle a pas trop de solutions par rapport à ça. De toute façon on sait très bien qu'elle ne peut pas faire grand-chose de plus pour nous, de ce coté là je ne vois pas...ce n'est pas possible...ce n'est pas elle la grande chef »

Moi : Quelles marques de reconnaissance vous porte votre manager ?

AS1 : « euh...elle est disponible...quand on a besoin elle est disponible, ce que je disais qu'elle soit à l'écoute elle l'est .Après ce qu'elle mette en place ce qu'on lui demande, par exemple quand on va avoir une difficulté, pour exemple, il y a quelque temps elle nous avait demandé , voilà pour tel ou tel personne il leur faut une douche par semaine systématiquement , ok très bien sauf que au vu de la charge de travail qu'on a si on fait une douche par semaine c'est pénaliser une autre personne, on ne fera pas ces personnes en

plus , si on donne pour ça , ça veut dire qu'on donne pour autre chose mais pour ça elle a dit qu'il fallait qu'on le fasse, elle a pas forcément écouté le fait que nous qui travaillons dans les couloirs, euh , que c'était pas possible, donc au final elle a voulu qu'on essaye, elle s'est finalement rendu compte que ce n'était pas possible mais elle a pas écouté dès le départ ce qu'on avait dit mais à coté de ça après elle reste quand même ouverte sur les choses. Après je pense que c'est aussi le rôle d'une cadre. Donc voilà »

Moi : Souhaiteriez-vous être plus reconnu ?

AS1 : « oh non, qu'est ce qu'il y a c'est très bien »

Moi : Comment souhaiteriez vous être reconnu ?

AS1 : « rien, car cela me convient, ça va ... »

Moi : En quoi, ce sentiment de reconnaissance qui vous est porté vous est il bénéfique ?

AS1 : « ça me motive à venir travailler, je ne viens pas travailler à reculons, si il y a un problème elle sera là pour écouter, euh, pour moi c'est plus par rapport à ça c'est venir travailler et se sentir bien au sein de l'établissement, au sein du service surtout. »

Moi : Trouvez- vous un sens à votre travail ?

AS1 : ah bé oui, quand tu vois que les résidents sont contents, ça se passe bien, un exemple comme ce matin, j'ai fait la toilette d'une dame, c'est une dame qui discute très bien et cohérente, qui me dit, je lui ai fait sa toilette du dos, qui est super contente, elle nous exprime qu'elle adore, qu'elle est contente, ça lui fait du bien rien que ça... »

Moi : Que mettez vous derrière le mot au sens au travail ?

AS1 : « Que en fait, ce que l'on fait soit logique, ce que va l'on va faire dès 7h le matin a une logique dans la journée, je dirais ça ... »

Moi : Et par rapport à vous ?

AS1 : « c'est être épanoui dans son travail, je bloque un peu »

Moi : Avez-vous quel chose à ajouter nous arrivons à la fin de l'entretien ?

AS1 : Pour moi, si je n'étais plus motivé je ne viendrais plus travailler, je me poserais la question d'une reconversion professionnelle même si à l'heure actuelle, je sais très bien que je ne finirais pas ma carrière dans ce milieu là. Venir travailler et pas avoir cette motivation, cela impacte à mon avis sur le travail, pareil quelqu'un qui n'est pas faite pour ce milieu là qui travaille quand même, il faut avoir quand même ce petit truc pour travailler, pour être aide soignante il faut avoir ce petit truc, on l'a ou on l'a pas. Si on ne l'a pas, on ne fait pas ce travail. Euh je dis ça en connaissance de cause mais tant qu'il ya de la motivation cela ne peut qu'être enrichissant dans notre travail .Voilà... »

Moi : Merci à vous

AS1 : « De rien »

Annexe 3 :

Entretien Infirmier (AS2)

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Moi : Nous allons commencer par des questions générales

Moi : Votre type de structure : Public ? Privé ?

AS2 : « Public »

Moi : Votre âge ?

AS2 : « 39 ans »

Moi : Votre profession ?

AS2 : « Aide soignante »

Moi : Votre année de diplôme ?

AS2 : « 2008 »

Moi : Votre date d'entrée en gériatrie ?

AS2 : « 2003, avant j'étais agent hospitalier, aussi en gériatrie »

Moi : Si vous deviez me donner des qualificatifs pour décrire votre ressenti par rapport à votre travail lesquels vous viennent à l'esprit ? Citez-moi en 5.

AS2 : « comment je pourrais dire ça , quand j'ai commencé, c'était une passion , c'était plutôt une passion , c'était facile, agréable , j'aimais bien mais depuis quelques années , là c'est , je fais sans envie, c'est dur , c'est les conditions de travail en fait, qui sont pas en accord , avec le métier que je fais , l'envie de ce métier , la passion que j'avais au début, c'est plus ça ... »

Moi : Depuis votre prise de poste en gériatrie, avez-vous vécu des changements ? De quelle nature ?

AS2 : « Oui, beaucoup de changements, par rapport aux patients, les patients étaient moins lourds , ils avaient moins de pathologies, c'était moins dur, plus les années passées , après en même temps la population vieillit, plus les patients sont lourds, c'est compliqué et en fait les patients en eux-mêmes ce n'est pas un problème , ils sont là , on est là pour les aider , pour les accompagner , mais c'est plus les conditions de travail. »

Moi : Comment les avez-vous perçus ? Quels bénéfices ? Quelles contraintes ?

AS2 : « Non, aucun bénéfice , plutôt des contraintes, plus les années passent , on nous enlève tous les bénéfices qu'on avait en tant que fonctionnaire, avant c'était mieux que ça , on nous enlève les acquis qu'on avait, le seul avantage qu'on avait , il a été supprimé , maintenant tout le monde fait de l'après midi , tout le monde fait du matin , ils nous disent

que c'est comme ça la fonction public , on nous parle de mobilité , et on avait jamais connu ça jusqu'à cette année. »

Moi : Sur une échelle de 1 à 10, « 1 » démotivé, « 10 » très motivé par votre travail où placeriez vous le curseur ?

AS2 : « à 2 »

Moi : Vous diriez que votre degré de motivation est stable ? En progression ? En régression ?

AS2 : « En régression »

MOI : Qu'est ce qui vous motive dans votre travail ? Qu'est ce qui vous démotive ?

AS2 : « En fait, ce qui me motive, ma mère était aide soignante et j'ai toujours voulu faire ce métier, car pour moi c'était plus de l'entraide, de l'accompagnement de patients, moi c'était plus ce côté-là que j'aimais, ce côté humain et c'était pour moi une passion voilà si je pouvais aider à travers mon métier c'était tout bénéfique pour moi et maintenant ça me suffit plus.

MOI : Qu'est ce qui vous démotive ?

AS2 : « C'est que par rapports aux avantages qu'on avait avant , on était en équipe fixe , maintenant on est obligé de faire matin et soir , je crois qu'on avait plus de JS on nous les a enlevé , les RT c'est pareil. Le travail en gériatrie est pénible donc pour pouvoir récupérer c'est pas forcément possible donc à chaque fois on enchaîne derrière , et c'est la fatigue physique , morale , il y a pas assez de personnels , on fait avec ce que l'on a , maintenant moi je suis usé... »

Moi : Nous allons passer au niveau de la rubrique du management, quelles sont vos attentes à l'égard de votre manager qui pourrait impacter favorablement votre motivation ?

AS2 : « Moi je lui reproche rien, en fait, ils ont la pression, il faut qu'il dirige du personnel, même si ils avaient la possibilité de nous arranger, ça serait pas possible, car derrière, ils ont la pression, je lui reproche rien. »

Moi : « Si on va au-delà de cette question de reproche, qu'est ce qui pourrait influencer votre motivation ? »

AS2 : « Par rapport, aux jours que l'on peut poser, la cadre est très conciliante, non franchement il y a des cadres qui sont plus dures »

Moi : Quelles marques de reconnaissance vous porte votre manager ?

AS2 : « je vois pas du tout, je ne vois pas à quel moment elle a pu faire ça ... »

Moi : Comment souhaiteriez vous être reconnu ?

AS2 : « Des fois , on galère , avec les patients c'est dur , et quand on la voit assise dans son bureau, alors que nous on trime , c'est , je demande pas , je sais que c'est une cadre , mais un petit coup de main , faire un lit avec nous , il y a des trucs , moi je le vois pas ça , elle est cadre , mais quand on est pas nombreuse et que voilà on sait qu'elle est assise dans son bureau , à faire je ne sais quoi , à répondre aux téléphones et nous on en chie voilà quoi c'est dur, c'est dur. Je sais que le matin ce n'est pas évident, il y a pas de marge et elle n'a pas de pouvoir sur ça mais sinon voilà quoi »

Moi : En quoi ce sentiment de reconnaissance vous serait il bénéfique ?

AS2 : « Non , ca me ferait rien du tout , ce que je fais c'est normal , je dois le faire , j'ai pas besoin qu'on me dise merci , les gestes pour moi , c'est plus important que les paroles ... Je sais qu'elle est pas obligé de le faire , mais ça montrerait qu'on est soutenu »

Moi : Trouvez-vous un sens à votre travail ?

AS2 : « oui »

Moi : Que mettez vous derrière le mot « sens du travail ?

AS2 : « Pour moi , il y a un sens , quand on voit des patients déboussolés , alors qu'ils viennent juste de tomber , qui ont un manque de confiance en eux et le fait de pouvoir les aider , leur dire que c'est une petite étape , leur dire qu'il faut toujours avancer , faut pas lâcher , moi je trouve que c'est important »

Moi : Et en quoi ce sentiment de « sens » vous est bénéfique dans votre quotidien professionnel ?

AS2 : « C'est ce qui m'aide beaucoup à tenir, je me dis quand même qu' il ya des patients qui sont reconnaissants, surtout pour ceux qui ont pas de troubles, mais parfois même certains qui ont des troubles disent merci, ça me motive, et je me dis, je ne fais pas ça pour rien, ce n'est pas parce que je suis payé, ce n'est pas la paye qui me tient derrière. »

Moi : Nous arrivons à la fin de l'entretien, avez-vous quelque chose à rajouter par rapport à cette thématique de la motivation dans le travail auprès de la personne âgée ?

AS2 : « Oui , en gériatrie , en fait c'est dur, et si je travaille en gériatrie c'était au départ pour aider les personnes âgées pour vivre, comme je vous disais aussi c'est par rapport à ma mère , au départ c'était une passion et en gériatrie la passion ne suffit plus par rapport aux conditions de travail , je veux dire , que c'est tellement dur , peu de moyens , les patients demandent plus alors que moi là ou je suis en colère pour les prendre en charge il faut du personnel et il y en a pas. Les patients ne méritent pas ça, je suis désolé, ils ne méritent pas ça. Quand vous voyez qu'il y a autant de patients pour peu de personnel , la prise en charge n'est pas correcte , on fait ce que l'on peut mais ça pourrait être beaucoup mieux , et en fait je ne supporte plus ça. Même physiquement, avant je pouvais tenir, je prends de l'âge, je ne peux plus, je ne peux plus, et ça la direction ils en ont rien à faire. Pour 20 patients, 2 en salles, ce n'est pas possible, ce n'est pas possible... »

Moi : Merci beaucoup

AS2 : « Je vous en prie »

Annexe 4 :

Entretien Infirmier (Inf1)

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Moi : Nous allons commencer par des questions générales

Moi : Votre type de structure ? Public ? Privé ?

Inf1 : « Public »

Moi : Si ce n'est pas indiscret, votre âge ?

Inf1 : « 27 ans »

Moi : Votre profession ?

Inf1 : « Infirmière »

Moi : Votre année de diplôme ?

Inf1 : « Juillet 2012 »

Moi : Votre date d'entrée en EHPAD en tant qu'infirmière ?

Inf1 : « le 1^{er} août 2012 »

Moi : C'est votre premier poste donc ?

Inf1 : « oui »

Moi : Si vous deviez me donner des qualificatifs pour décrire votre ressenti par rapport à votre travail, lesquels vous viennent à l'esprit ? Citez- moi en 5 si possible

INF1 : « En EHPAD, euh...pour moi il faut être organisé car on est toute seule, une infirmière le matin et une infirmière l'après midi, il faut s'organiser sur la journée pour faire les soins sachant que j'ai deux services avec deux équipes différentes au sein de l'EHPAD donc il faut que je m'organise avec elle pour convenir des soins avec elles. Euh...moi il faut être pour moi être patiente envers les résidents euh ...c'est vrai que la plupart des résidents ont la maladie d'Alzheimer donc on est sans cesse à répéter notre travail, ce qu'on doit leur faire faire il y a une certaine patience à avoir envers eux. »

Moi : Pouvez m'en dire plus sur votre relation avec votre travail ?

Inf1 : « Si j'aime bien mon travail ou pas ? C'est ça ? »

Moi : Euh, j'attends plutôt des termes forts qui caractérisent selon vous votre rapport avec le travail d'EHPAD

Inf1 : « Moi, je dirais quand même que c'est routinier , c'est des personnes âgées , des personnes qui sont Alzheimer , ce sont des personnes auxquelles on fait souvent la même

chose à part des situations extraordinaires de temps en temps on peut avoir mais cela reste assez routinier , on a une planification , qu'on respecte assez régulièrement et cela peut être assez routinier après ce que j'aime bien ici c'est que ... j'ai pas un qualificatif mais un exemple c'est vrai que les résidents me le rendent bien quand même , ce que j'aime bien c'est que l'on est leur propre infirmière, ceux qui arrivent à nous reconnaître nous appellent par notre prénom, c'est cette relation que j'aime bien dans la relation avec les personnes âgées , on est l'infirmière de la journée à eux , il y a une relation , on est assez proche d'eux et on connaît leurs habitudes et c'est ça qui est intéressant dans la relation avec les personnes âgées. C'est vrai que c'est ça que j'aime bien dans ce métier. Voilà je sais pas quoi dire d'autre »

Moi : Depuis votre prise de poste en EHPAD, avez-vous vécu des changements. Si oui, de quelles natures ? Comment les avez-vous perçus ? Quels bénéfices ? Quelles contraintes ?

Inf1 : « Les changements institutionnels... euh...le gros changement ici , au sein de l'EHPAD, avant il y avait le service côte et le service Bocage, il y avait une équipe à la côte avec des aides soignantes et une équipe d'aide soignante au bocage, nous en tant qu'infirmière on était qu'au bocage , il y avait deux équipes différentes , il y a plus d'un an maintenant, les équipes se sont mélangées et du coup tout est mélangé , les aides soignantes tournent et ce qui a été compliqué dans ce changement c'est que pour les résidents, ils avaient des habitudes avec certaines aides soignantes, et du coup ce changement là les a pas mal perturbés .Il y avait de l'inquiétude des résidents ça été le point négatif. Après le point positif cela a permis de voir le travail des deux équipes et on a pu travailler ensemble, il y a une entraide, une amélioration de l'entraide dans le travail, ça c'est un point positif au sein de l'institution »

Moi : Et par rapport à votre travail ?

Inf1 : « Ce qui a été positif, c'est du coup, que les filles de la côte auparavant ne savaient pas le travail que j'avais à faire et vice versa. Au niveau de l'organisation du travail, il y eu un travail en équipe, ça c'est amélioré, quand j'étais à la côte elles savaient, quand j'étais au bocage elle savait du coup l'organisation avec les filles ça c'est amélioré. L'esprit d'équipe quoi. Sinon il n'y a pas eu de grand changement depuis ma prise de poste. »

Moi : Oui, effectivement votre année de diplôme est récente.

Moi : Sur une échelle de 1 à 10, « 1 » démotivé, « 10 » très motivé par votre travail où placeriez vous le curseur ? Vous diriez que votre degré de motivation est stable ? En progression ? En régression ?

Inf1 : « au dessus de la moyenne ... rires.... Je ne suis pas démotivée...entre 7 et 8 de motivation.... J'aime bien mon travail...euh... le travail d'infirmière est assez positif...le travail technique et relationnel est intéressant....après au fur et à mesure des années il y a l'institution qui est là, l'administration est là et dans le travail en lui-même il peut y avoir des soucis et on n'est pas forcément aidé par l'administration... »

Moi : Donc comment votre motivation a-t-elle évolué ?

Inf1 : « Je dirai qu'elle est stable quand même... »

Moi : Qu'est ce qui vous motive dans votre travail ? Qu'est ce qui vous démotive ?

Inf1 : « C'est le travail en équipe, on est une infirmière la journée mais il ya les aides soignantes. Le fait de travailler avec les infirmiers aussi et le fait de travailler avec les résidents. On fait quelque chose pour le patient, dans ce travail là je me trouve utile. On est là pour les aider au quotidien, je me dis à la fin de la journée j'ai aidé quand même quelqu'un dans la journée donc ça c'est positif ... »

Moi : Après les facteurs démotivants ?

Inf1 : « euh...le fait de pas forcément évoluer dans notre travail là c'est purement ma carrière, c'est pas le travail en lui-même mais le développement de ma carrière professionnelle.euh.... je suis toujours en cdd depuis plus de 4 ans, euh , on me donne des responsabilités sans avoir le fait que je sois pas titulaire, et à coté de ça j'ai des responsabilités , c'est ça qui peut me démotiver , et me dire faut peut être que j'aille voir ailleurs , ailleurs on proposerait peut être mieux ... c'est pas le travail en lui-même pour le moment. »

Moi : Quelles sont vos attentes à l'égard de votre manager qui pourrait impacter favorablement votre motivation ?

Inf1 : « Le fait d'être titularisé ... rires...le fait d'avoir un CDI... là c'est un remplacement ça reste...pour être motivée en tant qu'infirmière remplaçante on m'a donné des responsabilités , référentes du service le Bocage, je suis référente douleur , donc j'ai des responsabilités sans savoir si je vais rester ici ou pas , dans ce service là , dans cet hôpital là, euh... s'investir dans un hôpital sans savoir ce qu'ils veulent faire de nous c'est assez compliqué. Après sinon ici l'esprit d'équipe ici est bien , si il y avait un soucis il faudrait en parler à la cadre ou aux supérieurs, si il y avait un résident , ou une situation qu'on arrive pas à gérer là aussi le fait d'avoir recours aux supérieurs est intéressant. »

Moi : Quelle marques de reconnaissance vous porte votre manager ?

Inf1 : « euh...le fait que le cadre de santé nous donne des responsabilités, que chaque infirmière est référente d'un sujet particulier....cela permet de nous dire qu'on nous fait confiance et qu'on peut avancer dans notre travail...c'est assez satisfaisant de nous donner des responsabilités. »

Moi : Voyez-vous autre chose à rajouter ?

Inf1 : « Des fois on nous remercie des remplacements, des heures supplémentaires, quand il ya des arrêts et là quand on a des remerciements c'est assez positif aussi...euh... voilà »

Moi : Les jugez vous suffisantes ?

Inf1 : Je pense qu'elles font bien leur travail... quand même, elles sont à l'écoute, elles prennent le temps de venir nous voir tous les jours, voir les problèmes qu'il y a eu dans la journée après elles peuvent pas faire ce qu'elles veulent, elles ne peuvent pas prendre des décisions toutes seules donc c'est vrai qu'à leur niveau elles font bien leur travail. »

Moi : Comment souhaiteriez-vous être reconnu ?

Ide1 : « Ouh... rires... c'est compliqué vos questions...rires.... Euh.... C'est compliqué....peut être nous écouter davantage, prendre le temps , prendre un temps d'écoute quand on a quelque chose qui va pas dans le service, prendre le temps de nous écouter au lieu d'agir directement...c'est vrai le matin elle vient nous voir, elle vient à notre rencontre, pour voir si ce qui c'est passé dans la journée mais c'est plus ce qui c'est passé au niveau des résidents... après prendre le temps de nous écouter si il y a des soucis dans l'équipe. Dans la globalité, elle est assez présente. »

Moi : En quoi ce sentiment de reconnaissance vous serait il bénéfique ?

Ide1 : « Dans le sens ou on aurait plus d'assurance dans notre travail, si elle nous fait confiance, on sera encore plus motivé, on ferait plus de choses, c'est vrai quand il y a une perte de motivation on fait juste le travail que l'on a faire, on ne s'investit pas dans certains projets alors si nous étions plus reconnus , on pourraient s'investir davantage et améliorer les prises en charge. »

Moi : Trouvez vous un sens à votre travail ?

Ide1 : « euh oui ... quand même, dans le sens que tout ce que l'on fait on se pose la question si c'est utile de le faire , il y a toujours un questionnement dans le métier d'infirmier qui est intéressant et du coup ça donne un sens à ce travail là, d'être toujours dans le questionnement »

Moi : Que mettez vous derrière le mot « sens du travail » ?

Ide1 : « C'est le pourquoi on fait les choses... euh ... pour quelles raisons ... ont fait car il faut les faire ou il y a une réflexion derrière pour savoir le pourquoi on les fait... pour moi c'est ça ... »

Moi : En quoi ce sentiment de « sens » vous serait il bénéfique ?

Ide1 : « euh....si on donne un sens à notre travail on comprend pourquoi on le fait... si on a réussi à donner sens à notre travail il y a une satisfaction de l'avoir fait et d'avoir répondu aux besoins de la personne .L'important c'est de se poser des questions sur ce que l'on fait »

Moi : Nous arrivons à la fin de l'entretien, avez-vous quelque chose à ajouter pour clore cet entretien ?

Ide1 : « Non pas spécialement. »

Moi : ok .Merci à vous

Annexe 5 :

Entretien Infirmier (Inf2)

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Moi : Nous allons commencer par des questions générales

Moi : Votre type de structure : Public ? Privé ?

Inf2 : « Public »

Moi : Votre âge ?

Inf2 : « bientôt 50 »

Moi : « Infirmière »

Moi : Votre année de diplôme ?

Inf2 : « Décembre 99 »

Moi : Votre date d'entrée en EHPAD ?

Inf2 : « En EHPAD, 2001 »

Moi : Si vous deviez me donner des qualificatifs pour décrire votre ressenti par rapport à votre travail lesquels vous viennent à l'esprit ? Citez-moi en 5

Inf2 : « Professionnel, intéressant, motivant, agréable, on apprend plein chose avec ses collègues, donc motivant, formateur »

Moi : Depuis votre prise de poste en EHPAD, avez-vous vécu des changements ? De quelle nature ?

Inf2 : « Des évolutions avec moins de personnel, des résidents plus âgés, plus dépendants, des familles plus demandeuses, des pathologies plus lourdes, euh, un peu moins de professionnalisation dans le sens, ou l'on a plus d'ash , moins d'as , comme il y a un turn over plus important , des gens moins compétents au total »

Moi : Et comment les avez-vous perçus ces changements ?

Inf2 : « Difficile dans le sens, on dit que les résidents doivent avoir des gens autour d'eux , avoir des repères en ayant les mêmes et à force de faire du turn over c'est plus compliqué pour le résident notamment dans la prise en charge par rapport à leurs pathologies »

Moi : Vous voyez des bénéfices à ces changements ?

Inf2 : « Des turn over systématiques, non... de temps en temps pour que le personnel ne s'épuise pas oui mais quand on veut que le professionnel aille trois jours dans un service , six mois dans un autre et trois autres jours dans un autre, je trouve que ça apporte pas grand-chose ni aux professionnels, ni à l'équipe avec qui il va travailler »

Moi : Et si on va plus loin que le problème du turn over ?

Inf2 : « On a plus l'impression d'un établissement qui est là pour faire de l'argent , que de s'occuper de la personne âgée, autrefois on parlait d'humanisation , là on est dans une logique plutôt de déshumanisation , les projets de vie qu'on ne peut pas aller jusqu'au bout, les animations qui ne se font plus systématiquement, plus d'animatrice pour les amener à droite à gauche , plus d'animatrice pour les faire chanter , les amener dehors »

Moi : Sur une échelle de 1 à 10, « 1 » démotivé, « 10 » très motivé par votre travail où placeriez vous le curseur ?

Inf2 : En EHPAD, je le mets à 5

Moi : Vous diriez que votre degré de motivation est stable ? En progression ? En régression ?

Inf2 : « En régression »

Moi : Qu'est ce qui vous motive dans votre travail ? Qu'est ce qui vous démotive dans votre travail ?

Inf2 : « Ce qui me motivait en EHPAD, c'est le travail avec les résidents, qui étaient très intéressants et que tu avais envie d'apporter quelque chose, ce qui me démotive c'est les contraintes économiques que tu mets derrière »

Moi : Avez-vous quelque chose à rajouter par rapport à cette question ?

Inf2 : « On a vu , comment dire , sous prétexte de protocole , censé mettre des choses plus au claire , cens é t'apporter un plus , moi je trouve plus de travail informatique , des choses comme ça , et de répondre à des questions plutôt que de s'occuper du résident, tu t'éloignais des résidents , donc beaucoup moins dans ce que tu as envie de faire , quand tu es infirmier , ce que tu as envie de faire , c'est d'être auprès du résident , pas derrière un ordinateur »

Moi : Quelles sont vos attentes à l'égard de votre manager qui pourrait impacter favorablement votre motivation ?

Inf2 : « être reconnaissant du travail fourni, être comment dire, s'intéresser à un projet de service, des choses comme ça, tu vois actuellement on a un projet de service qui est le toucher massage, très bien, sauf qu'il y a personne de formé pour le toucher massage, donc on le fait vivre comment ce projet »

Moi : Donc vous attendez quoi de votre cadre ?

Inf2 : « Qu'on retrouve un projet motivant pour toute l'équipe, soit que l'on soit formé au projet existant , pour que l'on puisse se l'approprier »

Moi : Quelles marques de reconnaissance vous porte votre manager ?

Inf2 : « ça existe encore.... Nous on a plus rien »

Moi : Ma prochaine question était les jugez vous suffisantes ?

Inf2 : « Beh non insuffisantes, on attend simplement un merci, et on l'a pas ... »

Moi : « Comment souhaiteriez vous être reconnu ?

Inf2 : « Déjà par un merci, tout simplement ... »

Moi : Et en quoi ce sentiment de reconnaissance vous serait il bénéfique ?

Inf2 : « Comme ça on pourra se dire qu'on a fait un bon travail , et que l'on peut continuer ou alors , peut être que l'on peut fournir autre chose , une réflexion peut permettre d'avancer encore plus, comme là on a rien , on ne sait plus si on doit avancer ou s'arrêter. »

Moi : Trouvez- vous un sens à votre travail ?

Inf2 : « oui, car c'est pour le résident, qu'il soit en meilleure santé, si on le peut, l'accompagner jusqu' à la fin... »

Moi : Que mettez vous derrière le mot « sens du travail » ?

Inf2 : « un travail fait correctement, travail fait pour que le patient retrouve un bien être ... »

Moi : Et en quoi ce sentiment de « sens » vous serait il bénéfique dans vos activités du quotidien ?

Inf2 : euh, je sais pas, pour moi le sens du travail, c'est faire mon travail le mieux que je peux, qu'il soit réalisé correctement,... »

Moi : Globalement, mon entretien arrive à la fin, avez-vous quelque chose à rajouter ?

Inf2 : et ben, moi je trouve que le travail infirmier au départ on parlait de vocation de chose comme ça, maintenant il faut plus que ça soit une vocation, c'est un travail, après, au niveau du sens, avant on donnait une certaine humanité maintenant on a plus l'impression d'être un exécuteur de tâches. Et je dirais que vivement que je parte en SSR, car tu as un peu plus de monde pour faire un travail abouti. Et avoir plus de monde tu cours moins... »

Moi : Merci à vous.

Annexe 6 :

RETRANSCRIPTION ENTRETIEN CADRE DE SANTE (Cad1)

MOI : Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Cad1 : « Oui, j'accepte »

MOI : Nous allons débiter par un bref recueil de données vous concernant :

Moi : Votre Etablissement, Public ?, Privé ? :

Cad1 : « Public »

Moi : Votre Age ? :

Cad1 : « 57 ans »

Moi : Votre Profession ? :

Cad1 : « Cadre de Santé »

Moi : Votre Année de diplôme ? :

Cad1 : « 2008 »

MOI : Votre date de prise de poste en EHPAD ? :

Cad1 : « 2012 avant poste en psychiatrie »

Nous allons rentrer dans le vif du sujet :

Moi : Pour la Première question : Quel regard en tant que manager portez vous sur le rapport qu'entretiennent les professionnels soignants d'EHPAD à l'égard de leur travail ?

Cad1 : « Redites moi la question ... »

MOI : Quel regard en tant que manager portez vous sur le rapport qu'entretiennent les professionnels soignants d'EHPAD à l'égard de leur travail ?

Cad1 : « Ils sont motivés....ce sont des professionnels motivés...ici...dynamique....qui entretiennent des relations fortes avec les résidents avec le souci d'en prendre soin... vraiment....un regard positif... avec bien sur les aléas de la profession....les bons moments et les mauvais moments....mais dans l'ensemble le regard est positif. Les soignants viennent avec plaisir à leur travail ...dans l'ensemble...dans la majorité.... »

MOI : Pour la Deuxième question : A travers votre regard de manager, comment les évolutions que connaît l'EHPAD sont elles vécues par les professionnels ?

Cad1 : « Très difficilement, ça par contre c'est le point négatif, les évolutions ne vont jamais dans le bon sens et ça depuis quelques années, c'est-à-dire que nos tutelles nous demandent constamment de réduire notre budget, euh, nous réduise notre budget et en

conséquence nous sommes obligés de revoir l'encadrement...euh...l'organisation des soins à la baisse et de ce fait comme les soignants ont à cœur de bien prendre en charge les résidents, ils sont constamment dans la crainte de ne pas pouvoir continuer à bien faire leur travail...là je suis entrain de tester une nouvelle organisation ou le dimanche on a réduit nos effectifs et on a réduit la qualité des soins, c'est-à-dire avant le samedi et le dimanche on pouvait se permettre de faire des petites toilettes aux résidents, maintenant si la personne est pas souillée c'est un change, une petite toilette si elle est souillée, et une grande toilette si vraiment nécessaire...on a réduit notre qualité de soins parce qu'on a réduit notre effectif, car on nous a réduit nos budgets. »

Moi : Et le soignant par rapport à cela ?

Cad1 : « Il est pris entre deux feux, entre son désir de bien faire et l'impossibilité de le faire car ils sont en réduits. On a revu toutes les fiches de poste et de tâches et de ce fait la qualité est moindre. On a tendance à aller à une qualité moindre de la prise en charge du résident. Tout en essayant de maintenir le challenge de la bienveillance et l'hygiène afin de préserver l'intégrité de la peau des résidents donc on essaye de moduler nos organisations, de les adapter pour malgré tout répondre à la demande. Vraiment une gymnastique d'enfer, on arrive quand même à un compromis mais on sent bien que de plus en plus les soignants se sentent en difficulté et en danger. On a l'impression que le métier est de moins en moins considéré par les organismes de tutelle. »

MOI : très bien ...donc ensuite...En tant que cadre de santé, quel regard portez vous sur le degré de motivation des professionnels soignants ? Comment a-t-il évolué ?

Cad1 : « Comme je viens vous le dire, il y a vraiment une motivation importante dans cet établissement... moi j'ai toujours été surprise de la motivation et du dynamisme des soignants ici qui sont toujours prêts à se projeter, s'intégrer dans des groupes de travail, de faire le maximum pour trouver des solutions, pour améliorer la prise en charge des résidents, dynamique et motivé mais à contrario on a toujours en spectre les nouvelles organisations qui tendent à réduire le personnel car on est obligé de faire des économies et ça le personnel le ressent comme une non reconnaissance de son travail... »

Moi : Donc depuis votre prise de poste, comment cela à évolué ?

Cad1 : « La motivation n'est pas moindre mais les craintes sont supérieures. L'écart se creuse entre le possible et le réel. Et entre le souhait de bien faire et le réel. »

Moi : En tant que cadre de santé, pour vous, qu'est ce qui motive les soignants ? Qu'est ce qui les démotive ?

Cad1 : Alors, qu'est ce qui les motive c'est de bien prendre en charge les résidents, la bienveillance, les relations qui peuvent créer avec les résidents, le temps de discussion qu'ils peuvent avoir avec eux. Ne pas faire du soin pour du soin, et avoir une relation humaine importante

Et ce qui les démotive c'est justement le fait de ne plus avoir le temps de bien faire ses soins, le fait d'être toujours, de dire qu'il faut faire des économies. Voilà... »

Moi : Ensuite, Sentez-vous concerné par la motivation des agents ? Si oui, comment vous vous y investissez vous ? Quelle est votre marge de manœuvre ?

Cad1 : « Oui, bien sûr je me sens concerné...c'est ça qui me motive moi aussi...je suis peut être le capitaine du navire mais nous sommes tous dans le même bateau et donc ma motivation est aussi en parallèle avec celle des soignants »

Moi : Comment vous vous y investissez vous ?

Cad1 : En donnant aux soignants les bons outils et les bons moyens de travailler. En étant vigilante sur les organisations, sur le nombre de personnel présent, sur la qualité du travail, sur la qualité de la prise en charge, de la satisfaction des résidents, des familles.

Moi : Quelle est votre marge de manœuvre par rapport à votre fonction ?

Cad1 : « Elle est liée aux finances qu'on nous donne pour travailler avec les équipes. Voilà. Il y a une chose quand on parle de motivation dans les EHPAS, que les soignants ne se sentent pas considérer dans leur fonction. Il y a du racisme professionnel entre les soignants auprès en gériatrie en général par rapport à des soignants qui travaillent dans des services plus actifs, sur des personnes plus communicantes ou il y a un turn over plus important, ou les soins sont plus techniques.

On ne rencontre pas ça dans cet établissement, les gens sont vraiment motivés par le travail qu'ils font, je ne sais pas si c'est par choix ou c'est pour questions pratiques...c'est vrai que nous sommes dans un bassin géographique où il y a peu d'hôpitaux, c'est vrai que les ¾ habitent près de l'hôpital et ça c'est une première motivation de travailler dans un établissement pas très loin de chez toi. Mais dans un second temps, il y a vraiment une motivation du travail, j'aime mon travail, j'aime ce que je fais et même si j'avais le choix je n'irais pas ailleurs. »

Moi : Sentez-vous concerné par la reconnaissance du travail des agents ? Si oui, comment reconnaissez-vous les agents ? Qu'est-ce qui permet selon vous la reconnaissance ?

Cad1 : « J'ai un peu anticipé la question.... la reconnaissance du travail ... ici je pense qu'ils ont la reconnaissance, ils ont cette reconnaissance par la satisfaction des familles, des résidents, de l'encadrement. L'encadrement sait dire que les choses vont, et quand les choses ne vont pas, il y a une vraie reconnaissance des agents. »

Moi : Et en tant que manager, de manière concrète ?

Cad1 : « Moi je n'hésite pas à dire que je suis contente du travail réalisé, voilà je donne souvent des remarques positives, bah oui vous avez fait du bon boulot, là ça va bien, là ça va moins bien, je dis les choses telles qu'elles sont. Je fais des retours aux équipes. J'ai moi-même des retours de ma direction. On ne va pas dire que tout va bien ... Mais dans l'ensemble c'est du positif »

Moi : Et donc pour vous cela permet quoi la reconnaissance ?

Cad1 : « Un soignant qui fait mieux son travail, il le fait avec moins de contraintes, il vient travailler avec plaisir, il se fatigue moins, il a un meilleur moral et cela facilite son travail, ça facilite la dureté de la tâche, car c'est vrai que c'est difficile de travailler auprès des personnes âgées, il y a plein de tâches ingrates mais cela permet de surmonter tout ça. Et c'est important d'avoir la reconnaissance pour pouvoir être satisfait »

Moi : En tant que cadre de santé, si je vous dis « sens du travail », cela vous évoque quoi ? Quelle est votre implication au regard de la recherche de sens ? Dans quels buts ?

Cad1 : « Le sens du travail, c'est justement la motivation, c'est qui fait sens, c'est l'envie de venir travailler, c'est la réalisation de ce que l'on peut faire au quotidien, c'est permettre à une personne de réaliser son projet de vie, c'est que même si on est dans une EHPAD on est pas dans un mouvoir, c'est avoir un établissement plein de vie, plein de projets, faire plein de choses avec les activités en extérieures, c'est aussi dans l'accompagnement d'un soin palliatif, c'est permettre à une personne de s'éteindre dignement et sans souffrir, c'est tout cela qui donne du sens.

Moi : Et, quelle est votre implication concrète au regard de cette recherche de sens ?

Cad1 : « Je m'applique quotidiennement dans le sens que je suis proche de mes équipes, proche des résidents, je m'informe de ce qui va ou ce qui ne va pas. J'ai à cœur de toujours réinterroger les pratiques et toujours être dans le questionnement, ne jamais être dans la satisfaction et vouloir faire avancer les choses. »

« Je m'applique à donner du sens aux organisations, en créant les fiches de tâches, en les réinterrogeant, avec ma nouvelle organisation depuis le 6 février, je réinterroge constamment ces organisations et j'adapte le besoin à la demande pour satisfaire au mieux le résident et permettre aux soignants de donner du sens à sa pratique à son quotidien, à son prendre en soin »

Moi : Pour vous, un soignant qui trouve du sens à son travail cela permet quoi ?

Cad1 : « Cela permet une bonne prise en charge du résident , de s'épanouir professionnellement, voir ou l'on va quotidiennement, pourquoi on fait ce travail , c'est aussi réinterroger les pratiques, c'est aussi de s'interroger sur quels besoins de formation pour mieux prendre en charge les résidents , c'est s'adapter aux nouvelles techniques, c'est tout ça. »

Moi : Avez-vous quelque chose à rajouter par rapport à cet entretien ?

Cad1 : « Oui, ce que je pourrais rajouter, c'est que, je donne une image positive de cet établissement parce que je pense que cet établissement est vraiment un bon établissement avec des soignants motivés, dynamiques. C'est important de souligner que cela existe encore dans cette branche actuellement mais pour l'avenir je suis quand même inquiète parce que de plus en plus on tire sur l'élastique et j'ai peur qu'un jour on arrive à rompre celui-ci. On fait le maximum pour continuer à satisfaire la demande des résidents, des soignants, pour que les soignants soient bien dans leurs prises en soins, donc dans leur vie professionnelle mais si on continue à nous diminuer de plus en plus les moyens on arrivera plus à faire face. Tout en restant le plus positif possible, un moment donné cela risque de devenir compliqué si on ne va pas dans l'autre sens. »

Moi : Merci beaucoup pour cet échange

Cad1 : « Donc, Positive mais inquiète... »

Annexe 7 :

Entretien cadre de santé (cad2)

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Moi : Nous allons commencer par des questions générales

Moi : Votre type de structure ? Public ? Privé ?

Cad2 : « Publique hospitalière »

Moi : Si ce n'est pas indiscret, votre âge ?

Cad2 « 50 ans »

Moi : Votre profession ?

Cad2 : « Cadre de santé »

Moi : Votre année de diplôme ?

Cad2 : « 2004 »

Moi : Votre date de prise de poste en EHPAD ?

Cad2 : « 2010 »

Moi : Pour vous, quel rapport entretient le professionnel soignant d'EHPAD à l'égard de son travail ?

Cad2 : « Moi je pense que le professionnel, l'équipe globalement, les professionnels sont très, une réelle, beaucoup de valeurs et une réelle volonté de bien faire son travail et de répondre aux besoins des résidents et d'investir. Pour eux, ils sont motivés par ce qu'ils font ici, malgré les difficultés parfois dans l'organisation car ils sont confrontés au manque de personnel, mais malgré tout il investisse. Pour moi, le rapport est plutôt positif. »

Moi : A travers votre regard de manager, comment les évolutions que connaît l'EHPAD sont elles vécues par les professionnels ?

Cad2 : « C'est ça qui est un peu compliqué, on a vécu une réorganisation ici il y a deux ans, avec baisse du personnel, pour celles qui étaient là avant ça été un peu difficile d'accepter, car on a tout réorganisé, on a tout repensé l'organisation de A à Z. Maintenant, elle s'adapte, elles se sont adaptées avec les moyens qu'elles avaient. Pour penser les choses autrement, on va dire que globalement ça se passe bien, on a des nouvelles qui sont arrivées, qui viennent d'autres EHPAD qui ont connu moins de personnels donc finalement ça se met bien, pas trop mal. Après c'est sûr que le travail est plus dense, plus physique qu'avant car moins de personnels pour faire les toilettes mais globalement on va dire que c'est pas mal. Elles s'organisent bien.

Moi : Pour aller plus loin dans la réflexion, pouvez vous me dire plus en détails 2/3 évolutions que le travail soignant a pu connaître et quels impacts ?

Cad2 : Déjà on a remis les compétences, chacun avec ses compétences, on a développé de nouveaux métiers notamment celles de maîtresse de maison, les métiers d'aides soignantes on leur à retirer des missions qu'elles avaient qui étaient plus des missions ASH, on a remis leurs compétences à leur place. Les aides soignantes travaillent désormais dans leurs compétences et les infirmières également et donc voilà on a remis tout le monde dans ses compétences et puis on a également mis en place le projet de vie ce qui fait que cela responsabilise chaque soignant et aussi au regard de chaque résident en tant que référent. Pour développer le projet de vie du résident, même si ça existait avant mais là on le fait beaucoup plus et ce qui fait beaucoup plus sens pour l'équipe.

Moi : Donc c'est plutôt bien vécu ces évolutions ?

Cad2 : « Euh...bien vécu...euh....ça fait de la charge de travail en plus, c'est clair, ça se met tranquillement en place, tout n'a pas été mis d'un coup, ça se met progressivement, j'y vais par étape, j'attends qu'une étape soit assumée pour attaquer une deuxième. »

Moi : En tant que cadre de santé, quel regard portez vous sur le degré de motivation des professionnels soignants ? Comment a-t-il évolué ?

Cad2 : « euh...Déjà moi je fais très attention comment vont les agents , c'est-à-dire la motivation ca se calcule pas , ça s'observe par des signes , des indicateurs , des comportements qui évoluent , c'est apprendre à connaître les agents , de base c'est savoir quelles personnalités ils ont pour voir comment ils évoluent dans le quotidien et quand on voit des signes, des changements dans le comportement, dans l'attitude , la façon d'être, dans les réflexions , cela peut être des indicateurs qui peuvent nous donner une information sur la motivation ou la démotivation en cours...Après ça peut être aussi des demandes des agents qui demandent à changer , et c'est l'occasion de faire un point ou il en sont par rapport à leur motivation, leurs souhaits , pourquoi ils veulent bouger etc ... c'est aussi les autoriser à bouger car certains pensent parce qu'ils sont en EHPAD ont l'impression qu'ils ne peuvent plus aller ailleurs , donc c'est aussi leur dire, leur faire comprendre que les compétences qu'ils ont ici, elles sont applicables n importe ou ailleurs et c'est aussi les valoriser dans ce qu'ils font aussi , ça c'est important. »

Moi : Vous les considérez comme motivé votre équipe ?

Cad2 : « Oui, c'est une équipe assez motivée, qui est assez uni , qui se motive beaucoup les uns les autres , il y a beaucoup d'entraide... »

Moi : Et par rapport à votre prise de poste, vous avez vu une évolution ?

Cad2 : Alors oui...moi quand je suis arrivé en plus l'équipe a beaucoup évolué, et puis quand je suis arrivé il y avait un gros départ d'anciennes de services , si bien avant que j'arrive il y avait moitié d'anciennes et une moitié de nouvelles et là il y avait un vrai conflit, les anciennes disaient que les nouvelles ne savaient pas travailler et les nouvelles disaient que les anciennes ne leur laissaient pas la place. Il y a eu un moment où j'ai été obligé de les rencontrer. Pour dire voilà vous avez une heure et demie pour discuter, ca faisait une heure que ca durait, je ne veux plus en entendre parler. Donc ça été bien, apres elles se sont dits ce qu'elles avaient à se dire puis après on est passé a autre chose.

C'est une équipe qui change tout le temps en EHPAD, alors il y a toujours des personnes qui sont là depuis longtemps, il y aussi des personnes qui bougent, au bout de cinq ans qui bougent, il y a toujours un mouvement ... tout le temps... tout le temps... C'est fluctuant, on accompagne, moi une personne qui arrive qui se sent pas bien moi je vais demander à la direction de proposer autre chose, les gens qui arrivent aussi, on fait des évaluations régulières, par exemple les contractuels, si elles n'ont pas ce projet là et on envie de faire autre chose moi je ne faine surtout pas leur évolution au contraire. Au contraire, ca génèrait de la démotivation et c'est même créer au niveau d'une équipe des tensions »

Moi : En tant que cadre de santé, pour vous, qu'est ce qui motive les soignants en EHPAD ?
Qu'est ce qui les dé motive ?

Cad2 : Alors ce qui peut les motiver c'est l'esprit d'équipe, en tout cas ici, il y a un esprit d'équipe , les gens le disent... même les étudiants .les gens qui viennent pour un remplacement, l'esprit d'équipe les maintient , il le dise , partir d'ici c'est difficile , j'ai souvent entendu ça , on arrive ici en pleurant et parfois on repart en pleurant car on ne veut pas partir car je pense c'est parce qu'il y a cet esprit là et puis la relation avec la personne âgée je pense aussi , c'est des résidents , les gens s'attachent , et parfois c'est un peu difficile pour eux de quitter même quand ils ont des projets de partir ...euh et ce qui peut être difficile pour eux d'être là , c'est ça ? »

Moi : Oui, ce qui peut être potentiellement démotivant.

Cad2 : « C'est la charge de travail, c'est lourd, et depuis qu'on a mis les compétences à leur place , les aides soignants se retrouvent à faire que des soins d'hygiène , avant elles pouvaient participer à l'animation, dans l'entretien des chambres, elle pouvait varier leur travail maintenant elles sont dans l'accompagnement des personnes , c'est pour ça que j'essaye de les motiver à travailler autour des projets de vie pour les ouvrir sur autres choses que le nursing . Le nursing peut être démotivant principalement chez les aides soignantes, c'est vraiment cette population. Les maitresses de maison se sont des équipes qui ne bougent pas. Depuis deux ans, on a eu très peu de mouvements pour ce métier, le seul mouvement qu'on a eu c'est une maitresse de maison qui est parti faire sa formation aide soignante. Globalement elle ne bouge pas donc, elles se sont sentis valorisées, les aides soignantes ont un peu perdue quand même. C'est la routine, la monotonie qui peut être démotivant. Voilà... »

Moi : Et au niveau des infirmières ?

Cad2 : « Paradoxalement, elles sont moins proches des résidents, par ce qu'elles ont perdu en effectifs, mais paradoxalement elles ne veulent pas partir, même celles qui sont venues en remplacement, elles sont parties car il y avait plus de poste mais elles seraient bien restées. »

Moi : Sentez-vous concerné par la motivation des agents ? Si oui, comment vous vous y investissez vous ? Quelle est votre marge de manœuvre ?

Cad2 : Pour moi, la motivation est très importante que les agents soient motivés au travail. Donc, déjà j'essaye de prendre la température de temps en temps voilà quoi ... quand je les vois durant les transmissions ... je les interroge... je les interpelle .J'ai des postes de responsabilité et chaque soignant infirmier , aide soignant , maitresse de maison ont la possibilité d'être responsable de quelque chose et chacun , cela peut être au niveau de l'encadrement des stagiaires , des plannings , au niveau de l'hygiène, des projets de vie , de la nutrition , cela peut être très large vous voyez , la gestion des dossiers et chacun a des responsabilités, cela valorise leurs missions ici et comme chacun à des missions différentes , forcément il y a un respect des missions de chacun. Donc ça c'est un moyen de les valoriser et aussi durant l'entretien annuel qui permet de poser les choses avec eux, de les recentrer individuellement sur ce qu'ils font, sur ce qui fonctionnent bien, si il y a des choses qui peuvent être amélioré. Moi quand il y a quelque chose qui va pas bien, je n'attends pas l'évaluation, je le vois avant, je fais en sorte de travailler en temps réel, si il y a pas de problème, je n'interpelle pas l'agent. Autrement ce que je fais aussi, c'est quand une famille valorise le travail de l'agent dans différents moments, je leur dits, et je le note dans le dossier. Moi-même j'essaye de faire un mot à la fin de l'année pour aussi pour valoriser le travail, vraiment faire du renforcement positif, car ils en ont besoin aussi .Ils sont parfois, ils entendent beaucoup aussi de dévalorisations de la part des familles, il suffit d'une remarque pour se sentir dévalorisé. Ils retiennent facilement ce qu'il ne va pas même si c'est en petite quantité, alors ils ne retiennent pas ce qu'il va même si c'est en grande quantité. Faut

toujours valoriser, mais ce n'est pas toujours facile. On n'est pas dans leurs ressentis non plus, même si on a l'impression qu'on les valorise

Moi : Quelle est votre marge de manœuvre ?

Cad2 : « C'est ce que je vous disais le fait de les responsabiliser cela m'appartient, c'est moi qui le met en place, il y a plein de petites choses, je vous ai dit quelques uns, on a une autonomie par rapport à ça. Nous dans la gestion du personnel du coup, c'est bien ce que nous sommes en tant que cadre, nos valeurs, nos valeurs soignantes, nos valeurs humaines, il y a plein de petites choses que je peux mettre au quotidien en place qui fait que ça se met en œuvre naturellement. C'est ça qui fait notre autonomie, ce que nous sommes en tant que cadre et aussi l'expérience qu'on a eu aussi. »

Moi : Sentez-vous concerné par la reconnaissance du travail des agents ? Si oui, comment reconnaissez-vous les agents ? Qu'est ce que permet selon vous la reconnaissance ?

Cad2 : « OUI, reconnaître le travail des agents , oui, c'est extrêmement important de reconnaître son travail...je vous ai déjà dit des choses déjà....

Dans la reconnaissance de leur travail ... euh....qu'est ce que je pourrais rajouter, tout ce que je vous ai dit déjà....euh.... moi je les remercie beaucoup très souvent...euh...je valorise des actions qui peuvent mettre en place... je valorise aussi quand ils ont des idées d'organisation , quand ils veulent modifier une organisation par exemple par ce ça permet d'améliorer une prise en charge, je valorise beaucoup ça aussi , j'ai cette attitude là , j'autorise , il me suffit qu'il me dise , qu'il m'argumente et si ça tient la route il y a pas de problème .Je pense que j'ai un management participatif, moi je laisse beaucoup de place à ça en tout cas qui fait que je suis là juste pour dire ok j'accompagne...je suis beaucoup dans l'accompagnement...voilà »

Moi : Donc pour vous, qu'est ce permet la reconnaissance ?

Cad2 : Cela permet une valorisation, il se sent valorisé et motivé , ça motive forcément et ça valorise , donc , et ça peut lui donner confiance en lui , j'ai pu le prouver dans ma pratique avec des soignants ou ça pu leur donner confiance en eux et même s'autoriser à faire des choses qui ne seraient pas initialement autorisé »

Moi : En tant que cadre de santé, si je vous dis « sens du travail », cela vous évoque quoi ? Quelle est votre implication au regard de la recherche de sens ? Dans quels buts ?

Cad2 : euh...Professionalisme... euh ...sens du travail Déjà c'est avoir des valeurs professionnelles...euh...

Moi : Le sens dans le travail que le soignant peut percevoir....

Cad2 : « Ah oui, moi en tant que manager , c'est que chaque soignant se sente bien dans son travail , c'est impératif pour moi , un soignant qui va pas être bien on va pas le garder ici je vais voir avec la direction pour lui proposer autre chose... euh... ce qui est important c'est que chacun trouve son compte ...que chacun trouve sa place dans l'équipe ...euh ... on a une chartre de l'équipe que l'on donne systématiquement à chaque agent qui arrive pour qu'il puisse voir un petit peu l'esprit d'équipe d'ici , voir si il s'y retrouve ,voir la philosophie de notre équipe, euh... pour moi l'équipe c'est ma priorité... que l'esprit se sente bien ... voilà....que les membres de l'équipe se sentent bien pour que l'équipe se sente bien .Globalement ça à l'air de pas trop mal se passer...d'après ce que eux me disent ...ça c'est important...

L'autre sens au travail c'est pour moi ... euh ...c'est d'avoir toujours une équité c'est-à-dire il faut que les agents, que moi je n'ai qu'une parole, dans n'importe quelles situations, que je sois toujours dans cette même parole et ça ils savent qui je suis ... ils pourraient dans n'importe quelles situations, savoir comment je pourrais répondre ... euh voilà et ça c'est important. Ils ont besoin de ça , ils ont besoin d'un cadre et pas qu'un cadre physique mais

d'un cadre professionnel et que l'équipe puisse se retrouver dans ce cadre là et non pas que chacun fasse ce qu'il a envie de faire car le cadre le permet , que ça se disperse un peu partout, c'est important de recentrer sur le résident et pour moi il y a un mot prioritaire que je cite systématiquement à l'accueil de chaque soignant , que toutes les décisions doivent être prise au nom du résident et que toute l'équipe doit converger. C'est ça globalement les valeurs que je vais défendre pour que l'équipe se sente bien aussi et quelles trouvent ses repères

Moi : Dans quel but ?

Cad2 : « euh, pour avoir des repères, pour savoir pourquoi l'équipe est là, pourquoi elle travaille et quels objectifs ici... quand on travaille ici ... on travaille pour qui ? Pourquoi ? Voilà c'est clair que il ne suffit pas d'avoir des valeurs soignantes il faut aussi qu'elles convergent autour d'un même objectif qui est pour nous le résident »

Moi : Merci, avez-vous quelque chose à rajouter

Cad2 : « Non, je vous ai dis déjà pas mal de choses déjà... je crois que c'est bien... »

Moi : Merci à vous

Annexe 8 :

Entretien cadre de santé (cad3)

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Moi : Nous allons commencer par des questions générales

Moi : Votre type de structure ? Public ? Privé ?

Cad3 : « Publique »

Moi : Si ce n'est pas indiscret, votre âge ?

Cad3 : « 56 ans »

Moi : Votre profession ?

Cad3 : « Infirmière Cadre de santé depuis 2010 »

Moi : Votre date d'entrée en EHPAD en tant que cadre de santé ?

Cad3 : « 2010 et depuis 2008 si on prend en compte quand j'étais fonction »

MOI : Donc, pour vous, quel rapport entretient le professionnel soignant d'EHPAD à l'égard de son travail ?

Cad3 : « euh... je pense qu'il est très passionné, il y porte beaucoup d'intérêt, vraiment l'accompagnement du résident, ils sont beaucoup dans la proximité, euh ils connaissent bien les résidents, après ils sont prêts à modifier leurs horaires par rapport aux organisations, en fait voilà il beaucoup leurs organisations sur le besoin du résident, je trouve vraiment qu'ils sont très attentifs à la personne et plutôt dans la proximité et ils aiment leurs métiers. »

MOI : A travers votre regard de manager, comment les évolutions que connaît l'EHPAD sont elles vécues par les professionnels ?

Cad3 : « Pas très bienc'est assez difficile... on a vécu... nous étions hôpital local il y a 3 ans , on a fusionné avec un établissement plus grand et donc du coup au fil du temps la fusion est pas très bien vécue car on enregistre quand même une baisse de la qualité des soins que l'on peut apporter aux résidents avec toutes les restrictions budgétaires qui nous sont obligatoires depuis la fusion donc du coup ça se retrouve dans la qualité par rapport aux repas par exemple , on va jusqu'à perdre notre cuisine sur le lieu de notre établissement , par contre on ne perd pas sur la qualité de la réflexion au besoin du résident, par rapport aux repas , pas perdu en qualité par rapport à ça , on a beaucoup travaillé las dessus , ça reste quand même quelque chose de bien mis en place. Après on perd sur la qualité sur le travail sur les protocoles par exemple, auparavant on était une petite structure, on travaillait tous nos protocoles à proximité des soignants, ils étaient partis prenantes. Maintenant, les protocoles sont faits par des services d'hygiène, de qualité sans s'approcher de la proximité, de la proximité EHPAD, qui est pour moi une proximité particulière, qui n'est pas une proximité sanitaire et là on nous envoie des protocoles qui sont pour tout le monde. Du coup je trouve qu'on a perdu sur la qualité par rapport à ça et du coup les soignants et comme on ne crée pas les protocoles, les soignants sont plus loin du protocole, et donc c'est bien plus

difficile à mettre en place et à comprendre ce que l'on veut nous faire faire. Je vois par exemple, c'est tout simple, on fait une toilette, on nous demande de porter des tabliers plastiques pour toutes les toilettes alors que les soignants, moi-même, cadre de santé, je ne suis pas d'accord avec ça... le tablier plastique ok pour certains soins particuliers ou l'état souillé important du résident là oui d'accord mais pas en continu. Pour moi, le protocole n'est pas adapté et du coup il n'y a pas de possibilité de discuter. Moi écoutez je ne suis pas d'accord est ce que l'on peut faire autrement, donc du coup voilà, il y a plein de petites choses comme ça.... Je ne vais pas rentrer dans le détail de tout... »

Moi : En tant que cadre de santé, quel regard portez vous sur le degré de la motivation des professionnels soignants ? Et comment a-t-il évolué depuis votre prise de poste ?

Cad3 : Pour moi, les soignants sont toujours motivés, après c'est sur que c'est fluctuant, il y a des périodes où nous sommes plus fatigués, on a parfois un peu le ras le bol de l'accompagnement de certains résidents qui sont quand même un peu difficile mais globalement je les trouve toujours motivés après je dirais que c'est plus l'environnement extérieur qui va faire que l'on va arriver sur une démotivation. C'est pas le travail auprès du résident qui va démotiver c'est ce que l'on subit de nos autorités supérieures, de pleins d'éléments extérieurs, mais c'est pas le travail qui démotive, voilà le travail finalement on est satisfait, on a quand même souvent des familles qui nous remercient et donc voilà... C'est sur qu'il y a toujours des gens qui ne sont pas satisfaits, mais globalement, ça fait plaisir, d'avoir bien habillé Mme untel, d'avoir mis le collier, le maquillage et tout ça..

Moi : Donc pour vous le travail soignant d'aujourd'hui n'est pas plus démotivant que celui d'il y a une dizaine d'années

Cad3 : « Non je ne trouve pas, enfin je parle de l'EHPAD, et malgré tout la population a quand même changé...La population est beaucoup plus vieille que la population que l'on pouvait retrouver il y a 10 ou 15 ans effectivement.... C'est vrai on accueille des résidents très âgés qui ont des multiples pathologies et qui sont devenus très dépendants... ce n'est pas la grande dépendance qui va être le plus gênant c'est plus la structure pas adaptée par exemple la structure pas adaptée aux résidents déambulants, pas du tout adaptés, on a des résidents de ce type là qu'on n'arrive pas à envoyer dans des structures adaptées par manque de place. C'est ça par moment qui est un peu lourd. Voilà. »

Moi : En tant que cadre de santé, pour vous, qu'est ce qui motive les soignants ? Qu'est ce qui les démotive ?

Cad3 : « J'ai un peu répondu déjà à la question...je pense ... le plaisir d'avoir bien habillé, de l'avoir aidé à manger, d'avoir fait plaisir à la famille, des sourires, c'est ce qui motive le soignant.

Après ce qui démotive, c'est ce que l'on peut subir au dessus de notre tête, je pense que c'est ça, qu'on ne tienne pas forcément compte de toutes nos propositions pas forcément les miennes, mais celles des soignants, ou les soignants on fait des propositions qui ne sont pas entendues par nos autorités, des fois, c'est ça qui va plus les démotiver je pense. »

Moi : Sentez-vous concerné par la motivation des agents ? Si oui, comment vous vous y investissez vous ? Quelle est votre marge de manœuvre ?

Cad3 : « Moi je dirais pour motiver les agents, c'est déjà être assez proche d'eux, entendre leurs difficultés, on peut pas répondre à tout mais voilà.. après c'est aussi faire remonter leur façon de voir les choses et comment on peut adapter le travail à ce qu'elles ont envie, une organisation il faut que ça vienne d'elles, c'est plutôt elles qui vont la travailler puis après mon accord sera là ou pas là... il faut que ça vienne d'elle... voilà.. C'est comme ça que je peux jouer après j'ai pas une grande marge de manœuvre, j'ai une marge de manœuvre au niveau du service, sur l'organisation sur tout ça. »

Moi : Sentez-vous concerné par la reconnaissance du travail des agents ? Si , oui , comment reconnaissez vous les agents ? Qu'est ce que permet selon vous la reconnaissance ?

Cad3 : Oui, je me sens concerné par la reconnaissance du travail des agents car effectivement il faut aussi reconnaître leur travail parce que c'est pour moi difficile, c'est on se dit parfois mon dieu elles sont quand même, j'admire ce qu'elles font, j'admire après des fois je leur dit ça suffit mais il faut les encourager et les remercier ce qu'elles font, elles sont remerciées par les familles.

Moi : En tant que cadre, comment les reconnaissez vous de manière concrète?

Cad3 : « Tout simplement , au cours des réunions, en leur disant voilà , par exemple , pour les projets de vie personnalisés , et quand je vois le résultat de l'audit , il ne représente pas le travail de l'année , l'audit c'est à un instant t, voilà j'ai vérifié , je les ai remercié et moi j'ai dit que nous on a fait 100 pourcent de projet de vie , et j'ai dit que le travail c'est vous , c'est moi , moi j'ai dit en réunion qu'il fallait poursuivre cette qualité en terme de projets de vie. »

Moi : Donc pour vous, qu'est ce que permet la reconnaissance ?

Cad3 : « D'être bien dans son travail, oui c'est d'être satisfait de venir travailler et d'être reconnu... »

Moi : En tant que cadre de santé, si je vous dis « sens du travail », cela vous évoque quoi ?

Cad3 : « Pour moi, c'est la capacité de s'adapter à la personne que j'ai en face de moi et que je vais être capable d'adapter le soin que je vais faire le jour le jour.. »

Moi : Par rapport à ce sens que l'agent entretient avec son travail, dans votre position de manager

Cad3 : Je pense qu'on donne du sens, quand on amène la réflexion par rapport à ce que l'on fait et que je trouve depuis que l'on travaille pour le projet de vie personnalisée, c'est ça qui donne du sens , on réfléchit sur ce que l'on fait auprès de la personne mais du coup ça amène les soignants à réfléchir à leurs pratiques , à ce qu'ils faisaient auprès du résident et du coup c'est ce qui a donné du sens . Du coup ils s'aperçoivent, oui on va faire toutes les toilettes mais on va les personnaliser à chaque personne et que le soignant est capable tous les jours de personnaliser la toilette car tous les jours le résident ne va pas être le même et du coup je suis capable de m'adapter ... je vais le laisser au lit... je vais servir le petit déjeuner plus tôt ou plus tard voilà c'est tout ça. Nous on peut influencer là-dessus en les faisant réfléchir et les encourageant à écrire noir sur blanc ce que l'on fait. Voilà je fais ça pourquoi je le fais. Il faut les amener à réfléchir à ce qu'ils font tous les jours auprès des résidents pour qu'ils arrivent à donner du sens à leur travail. On a beaucoup progressé là-dessus... je ne dirais pas qu'on est au top mais voilà... ils se posent facilement des questions...pourquoi on fait ça... Est ce que l'on peut faire autrement et du coup voilà »

Moi : Et du coup, l'intérêt que le manager arrive à contribuer à cette recherche de sens au travail

Cad3 : « Pour moi, je trouve que c'est valorisant, j'ai réussi à les faire un peu réfléchir et les faire évoluer dans la façon de penser les choses. Voilà ça m'apporte satisfaction, moi aussi. Et ça permet au soignant de rentrer chez lui satisfait de ce qu'il a fait. Par exemple , par rapport des horaires de coupure ou nous sommes coincés par la législation , les agents ne sont pas satisfaits , ils ont l'impression de repartir le soir en se disant j'ai mal fait mon travail et parce qu'on m'a pas autorisé à sortir des horaires institutionnelles et moi je voudrais sortir de ces horaires car il y a besoin à ce moment là et je voudrais pouvoir être là et du coup je suis pas satisfait mais bon après on est obligé de rester dans ce cadre là et du coup c'est ça qui est un peu disponible je pense... ils ont un peu de mal à comprendre ça des fois . C'est dommage qu'on ne les autorise pas à sortir du cadre pour apporter plus au résident et

c'est ça qui veulent apporter plus au résident. Ils ne comprennent pas pourquoi il n'est pas possible de décaler d'une demi-heure pour pouvoir apporter satisfaction à tout le monde. Du coup ça les dérange. »

Moi : Avez-vous, quelque chose à rajouter pour clore cet entretien?

Cad3 : « Non je dirais que, la motivation vient au fur et à mesure. Par exemple je pense aux jeunes infirmiers, j'en ai eu un certain nombre, c'est vrai que ce n'est pas ça qu'ils ont envie de faire au début, ce n'est pas rentré en EHPAD, c'est là ou il y a le plus de travail actuellement, c'est quand même en EHPAD. Et que c'est au fil du temps, qu'il mesure le travail et que finalement ils perçoivent que c'est aussi valorisant, car c'est une autre approche du résident un peu moins sanitaire , un peu plus accompagnement et puis il y a des responsabilités , il y a tout ce qui est bienveillance, tout ce qui est qualité, il y a quand même plein de choses et du coup on les amène tout doucement à réfléchir autrement et finalement au bout du compte ils sont satisfaits du travail qu'ils font mais dans le regard extérieur est encore dévalorisant par rapport aux soignants qui travaillent en EHPAD parce que ils ne sont pas forcément compris. Voilà et après sur du recrutement, ils sont aussi bloqués car ils n'ont eu qu'une expérience en EHPAD et on leur dit, tu n'as pas, tu as pu les connaissances là, donc du coup tu vas rester à ton EHPAD toute ta vie. Je trouve ça quand même assez dommage mais bon voilà »

MOI : Merci à vous

Cad3 : « De rien »

Annexe 9 :

Entretien Faisant Fonction Cadre de Santé (CAD4)

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Moi : Nous allons commencer par des questions générales

Moi : Votre type de structure : Public ? Privé ?

Cad4 : « Public »

Moi : Quel âge avez-vous ?

Cad4 : « 50 tout rond »

Moi : Votre profession ?

Cad4 : « Je suis infirmière, faisant fonction cadre »

Moi : depuis ?

Cad4 : « ça fait 10 ans en gériatrie »

Moi : Quel rapport entretient le professionnel soignant de gériatrie selon vous à l'égard de son travail ?

Cad4 : « J'ai un regard plutôt bienveillant et à la fois critique. C'est à dire je suis d'abord dans l'observation dans leur travail et j'essaie de les aiguiller sans trop imposer. Dès qu'on impose, ils font le contraire de ce que l'on veut...

Moi : Et plutôt dans leur perception de leur travail, si c'est plutôt positif ou non ?

Cad4 : « Chez les infirmières, il y a ce côté satisfaction de prise en charge de la personne âgée car il y a le relationnel et elles sont à l'écoute des besoins de la personne âgée , l'infirmière est assez posée .Les aides soignantes sont plus dans le côté accompagnement, elles ont bien compris qu'il faut accompagner dans tous les gestes de la vie quotidiennes et elles sont très dans l'empathie pour la personne âgée. Elles sont hyper disponibles. Elles sont vraiment dans l'accompagnement , elles font preuve d'initiatives , tient aujourd'hui nous sommes nombreuses , on va faire une animation »

Moi : Donc c'est plutôt positif ?

Cad4 : Oui, c'est plutôt positif et elles ont bien conscience qu'elles sont les yeux et les oreilles de l'infirmière. Elles savent transmettre à l'infirmière s'il y a un problème.

Moi : A travers votre regard de manager, comment les évolutions que connaît la gériatrie sont elles vécues par les professionnels ?

Cad4 : « Difficile... parce que nous avons des patients de plus en plus lourds, de plus en plus âgés, ils sont hyper lourds physiquement et psychologiquement, beaucoup de décès .Et pour moi, à mon sens, à mon goût elles ne sont pas suffisamment nombreuses pour une

prise en charge optimale avec tout ce qu'on nous demande au niveau HAS, ARS, avec un dossier de soin qui doit être tip top. Elles n'ont pas assez de leurs journées pour faire leur travail convenablement et elles savent l'exprimer. »

Moi : En tant que manager, quel regard portez vous sur le degré de motivation des professionnels soignants ? Comment a-t-il évolué ?

Cad4 : « C'est compliqué ça aussi, il y en a beaucoup on le voit, 2 ou 3 par équipe viennent travailler pour payer les factures, il ne faut pas se leurrer, par contre il y a toujours des éléments moteurs qui vont s'investir et le mieux c'est de les mettre référent de quelque chose. Dans mon unité, elles mettent plein de chose en place autour du soin et ça les motive par rapport à tout ça, l'aide soignant qui fait que du pipi caca ce n'est pas motivant pour eux mais elles savent toute seule venir me voir si on faisait un atelier truc mûche... »

Moi : Donc pour vous, les gens sont plus motivés ou moins ?

Cad4 : « Plus motivé je trouve ... »

Moi : Qu'est ce qui vous motive dans votre travail ? Qu'est ce qui vous démotive ?

Cad4 : « Ce qui les motive, c'est la reconnaissance, un du cadre, de deux des médecins car il y a des excellentes relations entre équipe et médecin et de trois les familles qui nous rendent bien. Ce qui les démotive, c'est plutôt institutionnel, ce qui a été dur ça été la mise en place de l'ETT, là ça été une catastrophe. Ce qui les démotive peut être c'est la routine, j'arrive le matin, je prends mon chariot et je vais faire les toilettes, ça c'est démotivant . Ce qui les motive aussi, c'est les échanges durant les transmissions. Le temps de transmission est très important »

Moi : Sentez-vous concerné par la motivation des agents ? Si oui, comment vous vous y investissez vous ?

Cad4 : « Bien sûr, je m'y investis, un je suis à toutes les transmissions et compris les staffs. Deux, je fais le tour de toutes mes chambres le matin et des fois dès que je vois des petits trucs, tiens Mme truc mûche aujourd'hui on lui a fait des nattes, là je vais voir l'aide soignante et je lui dis c'est super, c'est les petites choses au quotidien. Ou c'est une chambre qui est bien rangée.

Moi : Et pour vous, quel est votre marge de manœuvre ?

Cad4 : « Elle est mince, très très mince..., ma marge de manœuvre c'est à travers le patient, en exemple hier il faisait très beau, j'ai proposé de sortir quelques patients, j'étais avec eux, leur montrer, et dans les premiers temps que je veux qu'ils fassent quelque chose je suis avec eux. Après une marge de manœuvre par rapport au staff, qui déborde toujours je vais rentrer leurs heures, vous avez fait une demi heure de plus, ok je vous la rends, c'est des petits trucs comme ça ou demain vous êtes nombreux, si vous voulez, je sais que vous avez des soucis, on peut décaler vos horaires, vous venez un peu plus tard, c'est pas un problème. Je n'ai pas beaucoup de marge de manœuvre en tant que cadre de proximité, les récompenser, pour les plus méritants, la surprime et à travers des petites heures que je peux leur rendre. Mais globalement, ma marge de manœuvre est très limitée »

Moi : Sentez-vous concerné par la reconnaissance du travail des agents ? Si, oui comment reconnaissez-vous les agents ?

Cad4 : « C'est toujours pareil, c'est des petits gestes comme je vous l'ai dit tout à l'heure, la petite demi heure faite en trop je vais la noter ou alors si il arrive un peu en retard je vais pas être trop regardante, euh quand ils viennent me voir, j'ai un souci, je sais pertinent que sur le planning on peut s'arranger, c'est des petites choses comme ça. Ou alors, on se fait un petit déjeuner quand je suis de garde, ça passe par des petites choses comme ça. »

Moi : Pour vous, qu'est ce que permet la reconnaissance ?

Cad4 : « si je suis reconnaissante, il y aura un impact sur la qualité du travail et il y aura aussi un impact pour eux parce que le cadre a dit que c'était bien ce que j'ai fait, je suis super content, je suis super motivé, je vais me booster. »

Moi : En tant que cadre de santé, si je vous dis « sens du travail », cela vous évoque quoi ?

Cad4 : « Le sens du travail, c'est déjà avoir le sens de la responsabilité, je suis infirmière, voilà j'ai des responsabilités, j'ai des droits mais aussi des devoirs envers l'institution, faire mon travail, c'est déjà rentré chez moi en ayant accompli ma tâche, je suis satisfait de ma tâche. »

Moi : Quelle est votre implication en tant que manager dans cette recherche de sens ?

Cad4 : « C'est justement à travers des motivations , à travers tout ce que l'on peut faire comme formation , cela leur donne des sens , à travers tout ce que l'on peut faire passer , à travers les réunions , on revoit avec les infirmières quand il y a des petits couacs avec les pansements , on revoit les organisations de travail »

Moi : Et pour vous cette perception de sens chez le soignant, pour quels buts ?

Cad4 : « une prise en charge de qualité, mais aussi pour leur propre satisfaction et qu'il ne rentre pas chez eux complètement dépité parce que ils auront eu l'impression d'avoir fait une journée négative et ça ce n'est pas bon, ce n'est pas bon de revenir chez soi et se dire j'ai complètement merdé. »

Moi : Nous arrivons à terme de cet entretien, avez-vous quelque chose à ajouter sur cette thématique de la motivation ?

Cad4 : « La motivation, c'est propre à chacun. Après on a tous des motivations , mais on sait peut être pas les mettre à bon escient mais on a aussi en gériatrie on a une population forte en aide soignant plus qu'en infirmier et il faut savoir sans être péjoratif , les aides soignants notamment ici on a beaucoup de maman isolée avec enfants et c'est compliqué de faire une deuxième journée, s'occuper de personne âgée , de rentrer chez soi , d'avoir les enfants , c'est compliqué de trouver des motivations , c'est difficile pour elles si elles ne sont pas accompagnées »

Moi : Merci à vous

Cad4 : « De rien »

Annexe10 :

Entretien Faisant Fonction Cadre de Santé (CAD5)

Bonjour, je suis étudiant cadre de santé et je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer et de vous rendre disponible. Je souhaitais vous interviewer dans le cadre de mon travail de fin d'étude. Comme je vous l'ai indiqué lors de ma prise de contact téléphonique (ou autre), mon travail a pour thème principal la motivation.

Notre entretien sera anonymisé et il aura une durée approximative de 30 à 40 min. Si vous me le permettez, il sera enregistré.

Moi : Nous allons commencer par des questions générales

Moi : Votre type de structure : Public ? Privé ?

Cad5 : « Public »

Moi : Votre âge ?

Cad5 : « 56 ans »

Moi : Votre profession ?

Cad5 : « Faisant fonction cadre de santé »

Moi : Votre année de diplôme ?

Cad5 : « 92 infirmier, et faisant fonction depuis 2014 en gériatrie »

Moi : Pour vous, quel rapport entretient le professionnel soignant de gériatrie à l'égard de son travail ?

Cad5 : « je vois quand même qu'ils sont quand même intéressés, il y a encore du plaisir à faire leur travail, la plupart. La plupart ont le plaisir de faire ce travail là. Malgré tout ils ne veulent pas partir, ils ne savent pas ce qu'ils vont trouver ailleurs malgré ça je vois qu'ils aiment beaucoup leur travail surtout quand ils prennent en charge des étudiants je vois comment ils s'investissent. »

Moi : A travers votre regard de manager, comment les évolutions que connaît le secteur de la gériatrie sont elles vécues par les professionnels ?

Cad5 : « Chez moi, très mal, surtout les anciens, ils viennent me voir, et disent avant c'était comme ça, aujourd'hui c'est ceci cela et donc c'est à moi de les repositionner et leur dire que les choses ont évolués. Il faut qu'ils évoluent aussi, ils ne peuvent pas toujours rester à l'ancien temps, donc il faut qu'il s'adapte donc je les aide à travers les réunions d'équipe, à travers la formation, à travers la formation des étudiants, c'est pour les aider à évoluer avec leur temps. Je rappelle que La moyenne d'âge chez moi c'est 45 ans et beaucoup s'appêtent à partir à la retraite. »

Moi : Pouvez-vous m'en dire plus sur 2 ou 3 évolutions qui ont été mal vécu par les professionnels ?

Cad5 : les travaux déjà, et il faut qu'il dépasse le travail dans leurs unités et qu'ils aillent travailler dans le pôle, ça été mal vécu, c'est des gens qui n'ont pas envie de quitter leur unité et comme je te dis c'est les anciens et même quitté une unité pour aller à l'autre c'est toute une histoire. Ils n'aiment pas le changement surtout les anciens.

Moi : En tant que cadre de santé, quel regard portez vous sur le degré de motivation des professionnels soignants ? Comment a-t-il évolué ?

Cad5 : « Pour les anciens , ça n'a pas beaucoup évolué car tu leur propose des formations ils veulent pas , tu leur demande la mobilité ils veulent pas , mais quand tu leurs proposes des heures sup pour aller au sein du pôle oui , ça ils le font mais si c'est pour évoluer ou participer c'est un peu difficile et donc c'est les nouveaux , les plus jeunes qui arrivent à se mobiliser , à évoluer. La nouvelle génération il faut leur parler, j'ai fait de la délégation, les envoyer se former. »

Moi : La motivation comment a-t-elle évolué ?

Cad5 : « positivement oui surtout pour les jeunes »

Moi : En tant que cadre de santé, pour vous, qu'est ce qui motive les soignants en gériatrie ? Qu'est ce qui les démotive ?

Cad5 : « ce qui les motive, c'est leur boulot, ils sont là ils font leur boulot, surtout les jeunes, on voit que le travail, ils aiment bien, ils arrivent même à aller travailler dans le pôle. Les anciens non ... et le travail les démotive aussi car il y a trop d'arrêts, des arrêts inopinés, ça veut dire que ceux présents, fournissent beaucoup d'efforts et moi j'essaye de compenser autrement en leur donnant des heures sup ou en les envoyant en formation voilà »

Moi : En tant que cadre de santé, sentez vous concerné par la motivation des agents ? Si oui, comment vous vous y investissez vous ?

Cad5 : « Bien sûr, je fais des délégations, je veux les responsabiliser, il y a aussi les anciens ont été mes alliés, ils ont été des personnes ressources, ma porte est toujours ouverte, ils viennent me voir si il y a un problème, je suis à l'écoute, je négocie avec eux, il y a vraiment un dialogue en symbiose »

Moi : Quelle est votre marge de manœuvre ?

Cad5 : « Je les écoute beaucoup, moi c'est donnant donnant, je leur donne des heures sups, des jours quand je peux »

Moi : Sentez-vous concerné par la reconnaissance du travail des agents ? Si oui, comment reconnaissez-vous les agents ? Qu'est ce que permet selon vous la reconnaissance ?

Cad5 : « Bien sûr, à travers leur travail, leur dialogue, leur manière de faire leur travail, à travers les entretiens. Quand je vois qu'un soignant, fais bien son travail je la félicite et quand je vois que quelqu'un se donne beaucoup quand il y a des heures supplémentaires j'appel d'abord ces personnes là, moi pour moi c'est des formes de reconnaissance »

Moi : « En tant que cadre de santé, si je vous dis « sens du travail », cela vous évoque quoi ?

Cad5 : « Un travail bien fait, avec beaucoup de cœur, rester professionnel, si je vois que quelqu'un est défaillant, je la convoque, j'essaye de comprendre un peu. C'est des dialogues, il ne faut pas qu'ils se sentent contrôlés. C'est un juste milieu.... »

Moi : Et quelle est votre implication, par rapport à cette recherche de sens ?

Cad5 : « quand j'ai pris mon poste , on faisait des réunions avec le cadre sup , il y avait une infirmière qui évoquait le problème récurrent dans le service , on tourne beaucoup avec les intérimaires, et parfois les soins étaient défaillants, j'ai dit on va faire un travail , il y a déjà un livret d'accueil , il y a déjà les protocoles et tout mais ce n'est pas ce que les intérimaires ont besoin car quand ils viennent , ils sont tout seul , ils ont tellement de boulot , il faut faire un

guide pour qu'il sache rapidement ce qu'il faut le matériel , les manières de faire. Et on a travaillé dessus et on a diffusé 6 mois après, il y a moins d'erreur, mais ce n'est pas fini complètement. C'est donner du sens ça... Faire les réunions c'est aussi donner du sens, tu les fédères autour d'un sujet, c'est pour apporter une meilleure prise en charge de ton patient, on est là pour le patient... »

Moi : Nous arrivons à la fin de l'entretien, avez-vous quelque chose à rajouter ?

Cad5 : « non pas spécialement »

Moi : Merci à vous.

MEMOIRE

LA MOTIVATION DES PROFESSIONNELS SOIGNANTS EN EHPAD

Fabrice FAVREAU

MOTS CLÉS

EHPAD, motivation, démotivation, professionnel soignant, aide soignant, infirmier, cadre de santé, management de la motivation, reconnaissance, sens du travail

KEY WORDS

Home for dependant elderly people, motivation ,demotivation ,healthcare professional, nurse assistant, nurse, nurse manager, motivation management ,recognition, meaning of work

RÉSUMÉ

Introduction :

Le thème de ma recherche porte sur la motivation des professionnels soignants (Infirmier/ Aide Soignant) au sein des EHPAD. Mon expérience d'infirmier m'a conduit à remarquer une dynamique de démotivation. Cette perte d'élan n'est elle pas à mettre en corrélation avec les spécificités et les mutations de ce type de structure ?

Objectif :

La finalité de ce mémoire est d'apprécier comment le cadre peut entretenir une dynamique motivationnelle. En rapport à cet objectif, deux leviers managériaux sont proposés notamment à travers le sens et la reconnaissance du travail.

Méthode :

A partir de mon expérience professionnelle, conforté par des lectures et des entretiens exploratoires, j'ai pu valider la pertinence à traiter cette thématique. Puis, j'ai croisé un éclairage théorique avec les entretiens menés auprès d'un public diversifié (catégorie professionnelle, structure, expérience, régions) pour une plus grande pertinence de l'analyse.

Résultats :

Il ressort de ce travail de recherche l'absence de recette miracle. En effet, un management de type situationnel contribuerait à la dynamique motivationnelle. Néanmoins il est à noter que la notion de sens et de reconnaissance du travail formulés dans mes hypothèses peuvent produire un impact positif sur la motivation.

ABSTRACT

Introduction:

The issue of my research concerns nursing professionals' motivation (Nurse/Care Worker) within the home for dependant elderly people. My experience as a nurse, has directed me to unexpectedly notice a dynamic of demotivation. So, should this loss of momentum be correlated with specificities and mutations of this type of structure?

Purpose:

The purpose of this brief is to assess, how healthcare framework could maintain a motivational dynamic. As it relates with this objective, two managerial levers are also proposed, notably through the meaning and the recognition of work.

Methodology:

From my personal work, strengthened by some readings and exploratory discussions, I was able to validate the suitability of dealing with this topic. Then, I came across a theoretical light, with interviews conducted with interviews conducted within a diverse audience (professional group, structure, experience, regions) for making this analysis, more relevant in some ways.

Results:

This research shows the lack of a miracle cure. Indeed, a situational-type management would contribute to a motivational dynamic. Nevertheless, it should be noted, that the notion of meaning and recognition of work, formulated with my hypotheses, can have a positive impact on the motivation.

