

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

**Université Paris-Est Créteil Val de
Marne**

Aide-soignant:

**des compétences avérées... une
reconnaissance mitigée.**

*Le rôle du cadre de santé pour valoriser cette
profession.*

Véronique GUIBERT

DCS@15-16

Je dédie ce travail à pierre, gigi et marie ...

Note aux lecteurs

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

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

***«Se réunir est un début, rester ensemble est un progrès,
travailler ensemble est la réussite.»***

Henry FORD.

Remerciements

Je tiens à remercier:

Pauline BLANCHEMANCHE pour son soutien, son expertise, son professionnalisme, sa disponibilité, son écoute et sa bienveillance. Je mesure la chance que j'ai eu d'avoir un tel accompagnement.

Morgane Le Gal, pour son réconfort dans les moments de doute, son écoute sa disponibilité et sa bienveillance.

Patrick FARNAULT pour son expertise et son écoute ainsi que l'ensemble des formateurs de l'ESM et de l'UPEC pour leurs précieux enseignements.

Wilfried, Isa, Anne-Claire, Pascale et tous les autres, pour ces moments passés à travailler, rire, et pleurer ensemble...Cette année fut une aventure humaine incroyable.

Les aides-soignants et les cadres de santé pour les temps d'échanges lors des entretiens.

Mon frère pour sa présence constante, son soutien inconditionnel, et cette capacité que tu as à me «rebooster» lorsque je n'y crois plus. Tu as raison, les études pour nous c'est toute la vie!!!

Mes parents pour ce qu'ils sont. Je vous dois tellement. Sans vous rien n'aurait été possible. Merci pour votre confiance, votre présence et votre amour qui me portent et me permettent de me surpasser.

Steph, mon amour, sans toi je n'en serais pas là, tu m'encourages, me supportes, me console m'apaise et me rends meilleure. Merci d'être là, je t'aime.

Mon Amaury, qui cette année s'est senti moins seul à faire les devoirs le soir.

Liste des abréviations

AS : aides-soignants.

FFC : Faisant Fonction de cadre.

IDE : Infirmier Diplômé D'état.

USC : Unité de Soins Continus.

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

VAE : Validation des Acquis et de l'Expérience.

VAP : Validation des Acquis Professionnels.

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

EAE : Entretien Annuel d'Evaluation.

USC : Unité de Soins Continus

.

Sommaire

Liste des abréviations.....	7
Introduction	10
1 Situation d'appel	12
2 Cadre de référence	17
2.1 Les aides-soignants.	17
2.1.1 Les aides- soignants en quelques chiffres aujourd'hui. Etat des lieux.	17
2.1.2 Etre aide-soignant.	19
2.1.3 L'historique et l'évolution de la profession aide-soignante. Du titre au métier.....	20
2.2 -Déterminants sociologiques	29
2.2.1 Représentation sociale du métier d'aide-soignant.	29
2.2.2 La construction d'une identité professionnelle.	31
2.2.3 La reconnaissance professionnelle	34
2.3 Management.....	44
2.3.1 Les rôles du cadre.	44
2.3.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	47
2.3.3 Les différents modes de management du cadre de santé.....	49
2.3.4 La problématique.	54
3 L'enquête de terrain.....	55
3.1 Choix des supports de l'enquête de terrain	55
4 Analyse	57
4.1 Les aides-soignants	57
4.1.1 Profil des aides-soignants interviewés.	57
4.1.2 Biographies professionnelles.	57

4.1.3	Le sentiment d'appartenance, et l'esprit d'équipe	58
4.1.4	Le concept de reconnaissance	60
4.2	Les cadres de santé	64
4.2.1	Profil des cadres et biographies	64
4.2.2	L'esprit d'équipe des AS vu par les cadres de santé	64
4.2.3	La notion d'appartenance des AS au sein d'une équipe pluridisciplinaire vue par les cadres de santé	65
4.2.4	Le concept de reconnaissance selon les cadres de santé	66
4.2.5	Le management.	69
4.3	Synthèse	73
Conclusion		75
Bibliographies.		77
Table des annexes		

Introduction

« Les distinctions sont une reconnaissance de la qualité du travail effectué. J'en ai tiré de la fierté, l'assurance que je ne travaillais pas pour rien. C'est important la reconnaissance. Elle vous donne l'énergie et l'envie de continuer »¹.

A l'heure actuelle, rencontrer quelqu'un qui dans son travail s'estime reconnu à sa juste valeur, est chose rare. Même si la reconnaissance ne fait pas tout, elle impulse et influe directement sur le comportement, vis-à-vis de soi-même, des autres, au sein de son activité. Qu'est-ce donc ce concept si influant aujourd'hui, impactant considérablement la personne et son environnement ?

Depuis plusieurs décennies, le système de santé vit de profondes transformations influant directement sur la prise en charge des usagers et l'exercice des professionnels. Les qualifications et le degré d'exigence augmentent. La délégation des tâches est institutionnalisée, prônant un travail d'équipe valorisé et imposé. A l'heure de la mise en place d'une organisation divisionnalisée, le travail subit de profonds changements. Les valeurs professionnelles, la pluridisciplinarité et la cohésion d'équipe s'en trouvent impactées, entraînant un profond remaniement dans la façon d'amener et de penser le soin. Cette évolution influe directement sur l'ensemble des professionnels et les aides-soignants ne sont pas épargnés. A l'heure où la reconnaissance est d'actualité, il est à mon sens intéressant d'approfondir la question. Qu'est-ce que la reconnaissance ? En quoi est-elle intimement liée à l'identité ? Et pourquoi est-ce si important de se sentir reconnu ? Les AS sont des acteurs du système de santé fondamentalement précieux. C'est pourquoi je souhaite leur dédier mon travail de recherche, découvrir, comprendre la manière dont s'intègre le processus de reconnaissance, mesurer leur degré d'appartenance et implicitement mettre en concordance le rôle du cadre de santé dans la mise en œuvre du processus de reconnaissance auprès des aides-soignants. La situation d'appel, décrit les fondements de ma recherche

¹ Ali SAIB chercheur.

puisés au gré de mon expérience professionnelle. Un cadre de référence permet de prendre connaissance, de définir, de comprendre et d'intégrer le concept dans sa globalité. Emergent alors des hypothèses, qui sont vérifiées et analysées par le biais d'une enquête sur le terrain. Enfin une analyse identifie et met en exergue les concepts étudiés et la réalité du terrain énoncée par les professionnels interrogés.

1 Situation d'appel

Lors de mon cursus professionnel, j'ai exercé en étroite collaboration avec les aides-soignants au sein de plusieurs services de réanimation. J'ai pu identifier l'importance et le remarquable travail qu'ils pouvaient entreprendre dans l'ombre des autres catégories professionnelles du système de santé. J'ai également remarqué, pour certains d'entre eux, au travers de leurs dires, une sorte de complexe face aux autres et noté un manque de confiance et de considération d'eux-mêmes. « *Nous ne sommes que des petites mains, des exécutants ...* » Et lors de certains staffs, certains d'entre eux n'osaient même pas parler, alors qu'il s'agissait de professionnels aguerris ayant une expérience bien plus conséquente que la mienne. Ils évoquaient leurs difficultés à s'exprimer et mettaient en avant leurs compétences limitées par un vocabulaire inadéquat et une difficulté à s'exprimer devant un auditoire plus qualifié.

De janvier 2010 à sept 2010, j'ai accepté un poste de FFC de proximité en USC au sein d'une structure hospitalière parisienne, ce qui m'a permis de rencontrer à nouveau ce complexe. Ayant participé à l'élaboration et la mise en œuvre du déménagement du service vers un autre hôpital, j'ai là encore pu me rendre compte du peu d'estime d'eux-mêmes et cette sensation qu'ils étaient invisibles. En effet la mise en œuvre du déménagement s'est faite en étroite collaboration avec eux et pourtant lors du compte-rendu, pas un seul aide-soignant n'était représenté. J'ai pourtant proposé que l'un d'entre eux y participe, mais ce complexe de nouveau flagrant m'a mis face à un refus « *vous parlerez pour nous Véronique* ». « *Vous savez dire les choses, nous nous ne sommes pas capables de faire ça* ».

En sept 2010 je décide d'accepter un nouveau challenge, celui de FFC formateur au sein d'un institut de formation aides-soignants. Durant 5 années consécutives je vais accompagner les formations longues dans leur processus d'apprentissage. J'ai pu de nouveau identifier ce complexe et ce manque de considération par le biais des retours de stage, mais j'ai pu entrepercevoir une nouvelle catégorie de jeunes professionnels qui souhaitent s'investir et se

positionner comme soignants sans ce complexe édifiant des «anciens» Malgré cette évolution, une mentalité et un positionnement d'infériorité persiste.

De là m'ai venu une 1^{ère} question :

- Pourquoi ce complexe et ce manque de considération ?

Actuellement à l'IFCS il m'ait apparu évident d'établir et construire mon mémoire sur ce sujet : **La reconnaissance des aides- soignants.**

Afin de débiter Mon cheminement, une succession de questions s'en est suivie:

- Qu'est-ce qu'un aide-soignant ?

Pour répondre à cette question je me suis appuyée sur le référentiel² de formation et le décret de compétences des aides-soignants.

- L'historique de la profession aide-soignant ?

Je ne pouvais exposer sur cette profession sans faire un travail de recherche sur l'histoire de celle-ci. L'ouvrage d'Anne-Marie ARBORIO³ intitulé *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital* chapitre : *De l'infirmière moderne à l'aide-soignante.* (De la fin du 19^{ème} aux années 1950) de la Page 25 à 44 a su répondre au-delà de mes attentes et m'énoncer avec précision et pertinence des données sur l'historique de la profession Elle explique et donne les raisons de l'introduction de ce nouveau grade au sein de l'institution hospitalière. J'ai pu alors identifier et prendre connaissance du cheminement, de l'émergence et donc de la naissance du métier.

- L'évolution de la profession aide-soignant ?

Cette profession soignante a subit depuis sa création de multiples transformations en très peu d'années. Il était à mon sens essentiel de présenter cette évolution afin de mieux comprendre les bases et l'émergence de leur identité professionnelle. J'ai consulté les circulaires ainsi que les décrets énonçant les différentes nominations de leur diplômes au gré de ces cinquante dernières années et je me suis appuyée sur l'ouvrage d'Anne-Marie

² <http://www.legifrance.gouv.fr>

³ Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

ARBORIO⁴ de nouveau et plus spécifiquement le chapitre intitulé : *Des aides-soignantes dans les années 1950*. De la page 45 à 59 et le chapitre 2 : *Sous le titre d'aide-soignant*. De la page 65 à 98.

- Qu'est-ce que l'identité professionnelle ?

Après avoir établis une cartographie et un état des lieux de la profession Il m'était donc possible d'approfondir et de définir l'identité professionnelle. Plusieurs auteurs m'ont été conseillés par les formateurs de l'ESM ainsi que ma guidante de mémoire. J'ai fait le choix d'explorer l'ouvrage de Claude DUBAR⁵ intitulé *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. En effet l'auteur explique le concept identitaire en faisant un tour d'horizon complet et détaillé sur l'ensemble des recherches de nombreux sociologues spécialistes. Ce livre m'a fourni de nombreux résultats et instruments me permettant ainsi d'intégrer et comprendre le concept d'identité professionnelle.

- Qu'est-ce que l'identité collective ?

Exercé à l'hôpital implique le travail en équipe et en pluridisciplinarité. Ce concept est excessivement prégnant en structure hospitalière. Claude DUBAR⁶ l'analyse et l'explique très précisément Il me paraissait évident de rechercher et définir la notion d'identité collective. En effet il énonce le processus de socialisation, l'émergence du corporatisme et la notion d'appartenance.

- Comment se construit-elle ? Et par quels moyens ?

Là encore Claude DUBAR⁷ expose très clairement dans son ouvrage *La crise des identités* les modes de construction de cette identité collective par les processus identitaire biographique et relationnel en citant de nombreux auteurs comme ELIAS, DURKHEIM MARCEL MAUSS WEBER ET MARX ET

⁴ Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

⁵ Claude DUBAR. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 5^{ème} édition Armand Colin 2015, collection U, Paris 2000, Pages 251.

⁶ Claude DUBAR. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 5^{ème} édition Armand Colin 2015, collection U, Paris 2000, Pages 251.

⁷ Claude DUBAR. *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation*, 4^{ère} édition PUF, Juin 2010, Paris, Pages 239. *Introduction et chapitre 1: Dynamiques historiques des formes identitaires*, pages 1 à 56.

ENGELS j'ai également consulté la fiche de lecture de Nathalie JEAN-AUGUSTIN sur *La dynamique des groupes restreints* de Didier ANZIEU, Jacques-Yves MARTIN⁸.

- Quels sont les facteurs et les acteurs à la construction de cette identité ?

L'identité individuelle est la 1^{ère} strate du chemin vers la socialisation. Claude DUBAR⁹ dans son ouvrage au chapitre 4 : *La socialisation comme construction sociale de la réalité* et plus spécifiquement la socialisation comme construction d'un soi dans la relation à autrui (G.H. Mead).page 91 à 93.Ainsi que le chapitre 5 : *Pour une théorie sociologique de l'identité* (Pages 103 à 118).

- Qu'est-ce que la reconnaissance ? Et quelles en sont les principales représentations ?

Pour définir le concept de reconnaissance je me suis appuyée sur l'auteur Christophe DEJOURS¹⁰ au travers de nombreuses vidéo, d'article. Puis sur les fiches outils ressources de l'IAE de Toulouse MRH intitulée: *Reconnaissance et milieu professionnel*.¹¹ De Mylène GOMEZ et Elodie BELBAHRI.

- Le cadre de santé n'a-t-il pas un rôle à jouer ?

J'ai choisi d'énoncer les rôles du cadre de santé en m'appuyant sur l'ouvrage de Henry MINTZBERG¹². *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*.

- Le cadre formateur n'a-t-il pas lui aussi un rôle à jouer lors du processus de professionnalisation ?

⁸ Nathalie JEAN-AUGUSTIN. Développement des systèmes d'organisation, Cycle C1-Mai 2003. Fiche de lecture: *La dynamique des groupes restreints*. Didier ANZIEU, Jacques-Yves MARTIN, 12^{ème} édition PUF, septembre 2000.

⁹ Claude DUBAR. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 5^{ème} édition Armand Colin 2015, collection U, Paris 2000, Pages 251.

¹⁰ Christophe DEJOURS. *J'ai très mal au travail (3/12) La centralité du travail dans la construction de l'identité : 2. La question de la reconnaissance*. You Tube 2012.

¹¹ Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

¹² Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien: Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, Pages283.

Le processus de professionnalisation émerge et prend racine au moment de la formation. Il est de plus un des objectifs de la formation énoncé dans le projet pédagogique. Le formateur est le précurseur et le 1^{er} accompagnant vers ce processus.

- Quels sont les moyens que possède le cadre de santé pour favoriser la reconnaissance ?

Au travers de nos nombreux cours reçus, a émergé une multitude de leviers et de moyens afin de cultiver la reconnaissance. Le mode managérial, la GPEC en sont deux exemples.

La formalisation d'une question de départ est alors apparue:

En quoi le cadre de santé a-t-il un rôle à jouer afin de favoriser la fonction aide-soignante au sein de son service ? Par quels leviers managériaux peut-il favoriser cette reconnaissance ?

A ce jour, un questionnement plus spécifique se profile:

En quoi et comment le cadre a-t-il un rôle à joué pour favoriser l'aide-soignant à s'intégrer à un corps de métier et implicitement valoriser et donc reconnaître le rôle primordial et essentiel de celui-ci au sein de son service

2 Cadre de référence

2.1 Les aides-soignants.

2.1.1 Les aides- soignants en quelques chiffres aujourd'hui. Etat des lieux.

Selon la DREES¹³, voici quelques chiffres représentatifs permettant d'établir une photographie de la population AS. Qui sont-ils ? Combien sont-ils ? Où exercent-ils ? Quel niveau d'étude ont-ils ? Quels sont les particularités communes à cette catégorie de professionnels ?

Le dernier recensement en 2012 compte 390000 aides-soignants en France. Ce qui représente une augmentation d'environ 20% en 10 ans. Parallèlement, le nombre d'inscrit en formation progresse. Initialement employés dans un autre domaine ou chômeurs, la plupart des AS exercent dans le cadre d'une reconversion ou d'une insertion professionnelle par opposition aux AS issus de la formation initiale. En effet, ils sont 73% en 2007 contre 51% en 2002. Au travers de cette donnée il est judicieux de se questionner sur l'intérêt porté à cette profession et l'intérêt qu'elle crée à l'aube du 21^{ème} siècle.

Le chômage progresse et la situation économique du pays entraîne un frein conséquent à la reprise de cette économie. Il est difficile de trouver un secteur d'activité porteur d'embauche et donc de sécurité. L'hôpital et le secteur médical se trouve être un milieu encore porteur. Une des raisons pour cet engouement semble être donc la sécurité de l'emploi et la durabilité de celui-ci. Etablissons à présent une pyramide des âges de la profession AS ainsi que leur niveau d'étude.

Leur âge, ainsi que le niveau d'étude s'élèvent de plus en plus et le taux de réussite de cette formation avoisine 90% depuis 2008. Si l'insertion professionnelle des AS est immédiate, elle se caractérise également par sa

¹³ Drees direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques: *Études et résultats n°923*, juillet 2015. www.drees.social-sante.gouv.fr/pdf/er923

durabilité. En effet, 2/3 des AS trouvent et obtiennent un emploi stable 3 ans après être sortis de l'IFAS.

80 à 85% des diplômés trouvent un 1^{er} emploi en moins d'un mois. 65% d'entre eux, particulièrement les primo-sortants présentent un 1^{er} emploi temporaire type CDD, intérim, mais passée la 3^{ème} année d'exercice, 95% toutes catégories confondues obtiennent un emploi stable et durable type CDI dans la fonction privé, ou titularisation dans la fonction publique hospitalière. 35% des post-initiaux sont dans le secteur public contre 56% des primo-sortants En 2009. 12% des AS étaient en contrat à durée déterminée contre 85% en contrat à durée indéterminée.

Qu'en est-il de la répartition par âge et sexe de la fonction AS ?

Selon l'INSEE¹⁴, en 2009, 19% des AS ont 50 ans et plus. 60% ont entre 30 et 49 ans, et 21% ont moins de 30 ans. Il s'agit d'une profession ultra-féminine car les femmes représentent 91% des aides-soignants en France.

Voyons à présent l'évolution du niveau d'étude des aides-soignants.

Seul 5% des AS ont un diplôme supérieur type BAC plus 2. 21% sont bacheliers ou porteur d'un brevet professionnel contre 51% porteurs d'un CAP-BEP ou autre équivalence. Enfin, 20% n'ont aucun diplôme. Il semble donc que le métier d'AS attire très largement les femmes, que leur âge augmente parallèlement à leur niveau d'études qui augmente également. Ce constat s'explique par l'évolution du diplôme qui demande à présent un niveau plus important c'est ce que nous allons voir par la suite, mais aussi par le fait que ces femmes sont de plus en plus souvent issues d'une reconversion professionnelle ce qui explique en partie le vieillissement de cette catégorie professionnelle. Elles ont déjà exercé une autre activité avant leur arrivée dans la profession

De par leur construction tardive et un choix réfléchi et très souvent accompagnée (pôle-emploi), les aides-soignants sont fidèles et présentent un taux d'ancienneté conséquent. En effet, 47% travaillent depuis 10 ans ou plus

¹⁴ www.insee.fr. *La famille professionnelle V00: Aides-soignants*.

au sein de leur service. 18% présente une ancienneté de 5 à moins de 10 ans, 22% ont une ancienneté de 1 à 5 ans et enfin, 13% ont moins d'un an d'ancienneté. Là encore nous identifions et pouvons expliquer cette fidélité par le biais de l'importance de la sécurité de l'emploi.

Mais où exercent-ils majoritairement¹⁵ ?

78% exercent à l'hôpital public, 10% travaillent en établissement à but non lucratif et 12% en établissement à but lucratif. L'hôpital reste donc le principal employeur.

Qu'est-ce qu'être aide-soignant aujourd'hui ?

Les AS sont plus nombreux, de tout âge, de niveaux d'études différents et sont très largement des femmes. Les AS viennent d'horizons multiples de par leur histoire et leur biographies individuelles. Les AS présentent des processus de formation différents et se trouvent majoritairement à l'hôpital.

Mais Qu'est-ce qu'un aide-soignant aujourd'hui ?

2.1.2 Etre aide-soignant.

Je fais le choix de vous donner la définition d'aujourd'hui pour ensuite faire une rétrospection et vous narrer l'histoire de la profession. Ainsi nous pourrions entrevoir l'écart et les différences observées et identifier le cheminement de ce métier de sa création jusqu'à ce jour.

« L'aide-soignant exerce son activité 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. Dans ce cadre, l'aide-soignant réalise des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser

¹⁵ Drees direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques: *Études et résultats n°923*, juillet 2015. www.drees.social-sante.gouv.fr/pdf/er923

partiellement ou totalement un manque ou une diminution de l'autonomie de la personne ou d'un groupe de personnes. Son rôle s'inscrit dans une approche globale de la personne soignée et prend en compte la dimension relationnelle des soins. L'aide-soignant accompagne cette personne dans les activités de sa vie quotidienne, il contribue à son bien-être et à lui faire recouvrer, dans la mesure du possible, son autonomie. Travaillant le plus souvent dans une équipe pluri professionnelle, en milieu hospitalier ou extrahospitalier, 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.

Le diplôme d'Etat. Création d'un diplôme d'Etat pour les aides-soignants et pour les auxiliaires de puériculture : Décret n° 2007-1301 du 31 août 2007¹⁶ relatif aux diplômes d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'ambulancier et modifiant le code de la santé publique »

2.1.3 L'historique et l'évolution de la profession aide-soignante. Du titre au métier.

Il me semble pertinent d'exercer une rétrospection de la fonction AS au fil des années. Quelle est son histoire ? Comment a-t-elle évoluée ? Et Qu'est-ce qu'être AS aujourd'hui ?

Ce métier qui n'a que quelques décennies d'existence a su évoluer à la vitesse grand « V », passant d'un certificat d'aptitude à la fonction d'aide-soignant (CAFAS) à un diplôme professionnel d'aide-soignant (DPAS) pour ensuite être validé par un diplôme d'état aide-soignant (DEAS). Voyons son histoire.

¹⁶<http://www.legifrance.gouv.fr>

Entre la création du grade d'aide-soignant au sein de l'hôpital public en 1949 et l'entrée de la profession dans le 21ème siècle, la fonction aide-soignante a son histoire.

Tout d'abord, la profession aide-soignante est née de « *l'impératif d'hygiène¹⁷ réclamée par l'institution hospitalière lors de la révolution pasteurienne et de l'incapacité pour les patients à assumer leurs besoins élémentaires comme se laver, s'habiller et manger seuls. Attribuées autrefois à un personnel sans formation, aux "infirmières", lorsque ce terme désignait toute personne travaillant à l'hôpital, ces tâches ont été déléguées à ce personnel spécialisé, dans le cadre d'une division du travail qui s'est complexifiée au sein du système hospitalier.* »

La création de la **catégorie d'aide-soignante¹⁸** est une conséquence du processus de professionnalisation des infirmières, en effet, elle est une invention de l'administration hospitalière. La création de cette nouvelle catégorie permet en effet de protéger la profession d'infirmière et **son diplôme d'état créé en 1946**. Mais la loi soumettant l'autorisation d'exercer comme infirmière à la possession exclusive de ce D.E., présente le risque pour les hôpitaux, dans un contexte de pénurie, de se trouver privés du nombreux personnels infirmiers formés sur le tas. Pour pallier ces effets, des mesures **transitoires** sont envisagées, comme la création d'une catégorie intermédiaire "**la catégorie d'aide-soignante**". Elle est d'abord connue comme provisoire, visant « *au reclassement statutaire et indiciaire d'une partie du personnel* ». Mais, se révélant peu à peu un moyen pratique d'assurer la promotion du petit personnel hospitalier que réclament les syndicats, la catégorie d'aide-soignante est alors retenue définitivement.

Pour appuyer cette décision, en **1956 est alors créé le CAFAS** (Certificat d'Aptitude à la Fonction aide-soignante). Il correspond à une formation de **10 mois dont 40 heures de théorie**. En **1960**, le CAFAS est obligatoire pour pouvoir exercer la profession d'Aide-soignante. Ce qui laisse deviner qu'avant

¹⁷ Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

¹⁸ Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

1960 de nombreux personnels exerçaient le métier sans en avoir le diplôme. Parallèlement, l'Education Nationale instaure un **BEP Sanitaire et Social** afin d'améliorer le recrutement des aides-soignants.

Au mois de juillet **1971**, la formation est redéfinie, elle s'effectue dorénavant sur 12 mois, dont 120 heures de théorie et 100 heures de pratique. Il est précisé dans les textes que l'aide-soignant exécute des soins sous l'autorité et la responsabilité de l'infirmière.

En 1978, l'aide-soignant est autorisé à exercer en psychiatrie

En 1981, il peut exercer en secteur extrahospitalier et au maintien à domicile des personnes âgées. Il est à noter que la fonction aide-soignante apparaît dans les textes légiférant la profession d'infirmière.

Au mois de **février 1982**, apparaît une nouvelle modification de la formation. Elle est basée sur le modèle de l'alternance, soit **12 mois, dont 350 heures de théorie et 24 semaines de stage**. Il est précisé que l'aide-soignant « assure par délégation de l'infirmière, sous sa responsabilité et sous son contrôle, l'humanisation des conditions de vie de la personne soignée ou de la personne âgée ».

Au mois de **juillet 1994**, le recrutement des élèves et le programme des études sont modifiés. **Douze mois dont 630 heures de théorie et 27 semaines de stage sont nécessaires**. Ce programme comporte un tronc commun avec les auxiliaires de puériculture pendant les 6 premiers mois de formation. Il est précisé que l'aide-soignant se situe au sein d'une équipe, qu'il contribue à la prise en charge des personnes et qu'il participe aux soins dans le cadre du rôle propre de l'infirmière, en collaboration avec elle et sous sa responsabilité. Le texte explicite clairement le travail pluridisciplinaire, l'AS est intégré à l'équipe.

Au mois de **janvier 1996**, paraît une circulaire relative aux rôles et missions de l'aide-soignant, c'est le premier texte officiel sur la fonction. Le 12 août de

la même année, un décret abolit le CAFAS pour le DPAS (Diplôme Professionnel des Aides-Soignants).

Enfin, **en Aout 2007, le décret n° 2007 -1301¹⁹ transforme le DPAS en Diplôme d'Etat (DE).** La formation comporte **1435 heures** d'enseignement théoriques et clinique en institut et en stage, soit **17 semaines de cours et 24 semaines de stages**. Elle est d'une durée de 10 mois compartimentée en 8 modules correspondant aux 8 compétences devant être assimilé au cours du processus de formation. De plus en fonction du cursus entrepris, il est possible d'acquérir le DEAS par la VAE

Nous constatons à travers cet historique que le métier d'AS a subi de nombreuses transformations en très peu de temps. Cette évolution s'explique par l'évolution des organisations et la division du travail, ce qui a entraîné, la mise en œuvre du processus de délégation établit au sein des structures hospitalières. L'évolution de la médecine a entraîné de nombreux bouleversements favorisant ainsi la délégation. Le travail médical étant délégué aux IDES, les AS à leur tour ont reçu certaines taches nouvelles, par le biais de cette délégation établie et institutionnalisée. Pour ce, il était alors nécessaire d'avoir un personnel compétent et en capacité de répondre à la demande.

Nous identifions donc à quel point le métier d'AS a dû s'adapter pour pallier à de nombreuses contraintes organisationnelles, tout comme l'ensemble des professions hospitalières.

Après avoir présenté un historique de la formation des AS, voyons plus précisément l'évolution de la fonction²⁰, les trajectoires, les cursus choisis et les carrières dessinées au fil des années en parallèle avec l'évolution de ce cursus de formation explicité ci-dessus.

¹⁹¹⁹<http://www.legifrance.gouv.fr>

²⁰Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

Tout d'abord, les AS diplômés par le biais d'une scolarisation directe :

Beaucoup d'AS émergeant du cursus scolaire, *« y voient et y assimilent le signe d'une réussite scolaire longtemps espérée »*. En effet c'est lors de cette entrée en formation que la réussite s'avère réelle. Pour la plupart il reste malgré tout une reformulation du projet professionnel initialement formulé. La notion de vocation y est souvent retenue et plus spécifiquement le désir d'être infirmier. Le fait du suivi d'une formation en continue oriente vers la réalisation d'un projet unique. Or, le métier d'AS représente parfois un substitut d'une vocation donnée devant les contraintes des études d'infirmières longues onéreuses et nécessitant un niveau d'étude initiale non atteint. *« Cette trajectoire de professionnalisation reconstruit ce parcours comme sous tendu par un projet unique dont la réalisation semble inachevée dans l'exercice AS »*, elle se rapproche alors implicitement du métier initialement désiré et donne de ce fait une nouvelle vocation légitime de par la proximité qu'a l'AS d'exercer au côté de l'infirmière. Même si ces AS semblent fiers de leur cursus le choix premier semble être cependant de devenir infirmier.

La formation d'AS est vécue comme un rattrapage d'une vie professionnelle manquée :

Pour ceux et celles qui travaillaient en usines puis, conseillés pour entrer dans la fonction publique, le ressenti est différent et le schéma montre une trajectoire différente. La plupart d'entre eux ont un niveau d'étude faible, mais l'entrée dans la fonction publique est une sorte d'avancement et de prestige, et leur assure un métier stable et durable. Ils entrent généralement comme agent hospitaliers et au travers de l'historique on devine aisément par quels moyens ils ont obtenus le statut d'AS. Souvent leur choix d'entrer à l'hôpital s'effectue par le biais d'une évolution de leurs vies personnelles ; une monoparentalité, un divorce poussent pour la plupart de ces femmes à trouver un métier plus stable. Elles sont conseillées par l'ANPE à l'époque, pôle emploi aujourd'hui où leur propre réseau personnel. Le seul fait d'être dans la fonction publique leur apporte une sécurité et une distinction.

En fonction de leur cursus et de leur entrée dans la profession, des profils différents se dessinent. Portons à présent une attention particulière sur leur différentes carrières et donc leur évolution au sein de la structure hospitalière.

Les carrières verticales²¹ et carrières modèles sont la possibilité d'évoluer et de profiter d'un avancement certain et d'une possibilité d'évolution.

« L'entrée dans la fonction publique est l'évènement qui s'inscrit dans le cours de biographies individuelles et des classes socio-professionnelles populaires ».

Les conditions de cet évènement se différencient selon les ressources sociales au cours de la trajectoire sociale et professionnelle antérieure. Comprendre les carrières hospitalières comme un processus au sein d'une organisation bureaucratique qui invente les moyens de valoriser celle-ci par le biais de titre et qualifications organisées selon un schéma établi. Passer d'un échelon à l'autre constitue un exemple quasi mécanique permettant aux établissements de disposer du nombre conséquent de personnel assez qualifié pour maintenir la crédibilité en matière d'efficacité thérapeutique et maintenir un nombre suffisant d'agent. La création de niveau hiérarchique intermédiaire comme celui d'AS accompagne un approfondissement de la division du travail assurant une sorte de réallocation des compétences sur le plan de l'efficacité économique assurant ainsi la stabilité du personnel par le biais de nouveaux titres valorisés financièrement présenté comme une perspective promotionnelle. Le franchissement d'étapes et de position s'apparente à une carrière verticale.

Cette évolution n'est pas franchie au même rythme et au même moment dans les biographies individuelles. La position d'AS constitue un carrefour favorisant l'émergence de deux évolutions possibles : ASH-AS ou AS- IDE.

Ces parcours posent le questionnement de la limite d'une carrière verticale et les possibilités qui s'y dessinent dans le processus évolutif des carrières. En effet, pour certains d'entre eux la fonction d'AS est une finalité et l'accomplissement d'un statut atteint alors que pour d'autre, être AS

²¹Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

représente une position transitoire. Pour certains, le titre obtenu d'AS entraîne un changement de poste, il est alors vécu comme une vraie promotion. Parfois il s'agit juste d'une promotion énoncée et validée sans effet direct sur le travail exercé. Lorsque l'emploi d'agent à déjà été une promotion ou lorsque la formation d'AS constitue un rattrapage d'une situation d'échec. Passer d'un poste à l'autre est stratégique pour l'agent mais représente également une logique institutionnelle.

Cependant, il existait d'autres techniques d'évolution²² et d'autres indices que le passage d'un titre à l'autre historiquement intégré dans la structure hospitalière. Il est aujourd'hui impensable et impossible du fait de l'évolution des organisations et de par la loi de passer par ces voies d'accès, de par la professionnalisation de plus en plus accrue de la fonction d'AS et le respect des référentiels. Il est cependant important et pertinent d'évoquer ces voies car elles permettent de mieux comprendre les constructions professionnelles et identitaires multiples des AS

« Différents postes inscrits sous les mêmes catégories entre lesquelles s'opéraient des formes de mobilité donnant une variété des compétences mobilisées dans le métier d'AS évoluaient au gré de l'apprentissage. » En effet au sein de l'organisation, plusieurs métiers possédaient le même indice. De ce fait il était possible de manier le personnel et de l'attirer à une tâche sans qu'il est le diplôme recommandé qui à cette époque, n'était pas obligatoire. En multipliant les indices on multipliait la particularité des trajectoires et l'impression de leurs diversités ce qui permettait d'identifier des régularités dans l'ajustement des compétences sociales allouées au besoin des institutions.

Mais ces techniques d'évolution étaient elles aussi acquises et entraînaient t elles une reconnaissance aussi avérée et stable que l'évolution verticale ?

²²Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

Il s'agissait de pratiques et de postes de travail différenciés ou l'AS exerçait sous une autre forme.

- Soit les AS effectuaient des tâches relevant des IDE ne pouvant être transférables dans un autre service.
- Soit les postes étaient spécifiques mais ne relevaient pas forcément et ne nécessitaient pas le diplôme d'état AS

Dans les deux cas, les professionnels exerçaient au sein d'un même service durant toute leur carrière, et leurs compétences étaient difficilement transférables au sein d'un autre service.

Par cette voie d'évolution, il n'était pas nécessaire de passer par le biais d'un processus de formation au sein d'un institut de formation. C'était la formation par les pairs

C'est le cas des carrières dites «*officieuses*» Ces professionnels recevaient leur reconnaissance non pas par le nouveau titre obtenu mais par le biais de leurs supérieurs qu'il leur accordait ce statut. Cette reconnaissance était réelle et symbolique, mais restait néanmoins fragile par sa position unique au sein d'un seul service C'est pourquoi le terme officieux est employé. Pour atteindre cette position l'agent maîtrisait des gestes techniques appris lors d'un apprentissage informel et la notion de bon vouloir des ides à accepter de donner l'acquisition des compétences était nécessaire Parfois les cadres de santé prenaient eux-mêmes en charge la formation sur le tas. Ce moyen d'évolution entraînait une légitimité instable de ses statuts chaotiques, où les AS devaient adhérer et accepter ce positionnement

Cette technique d'évolution de carrières est née d'une logique de rentabilité et une manière de gérer les aléas du recrutement au sein du milieu hospitalier. Ce qui permettait une certaine souplesse à la gestion du personnel. Dans ce schéma évolutif, l'AS se contentait de bénéfices matériels ou symboliques en acceptant le travail sans le statut réel et la rémunération.

Il s'agit là, d'un mode d'adaptation secondaire au fonctionnement institutionnel En apparence, tous ces postes sont similaires par le prestige qu'ils procurent mais n'entraînent-ils pas une symbolique plutôt qu'une réelle reconnaissance ?

De plus aujourd'hui il est impossible d'imaginer de tels moyens d'évolution de par les obligations institutionnelles et législatives.

Nous allons à présent découvrir les carrières dites horizontales²³.

Ce sont l'ensemble des postes présentant une spécificité particulière de par leurs petits nombres, leurs qualifications spéciales et leurs différenciations par le biais d'horaires différents, l'écart et la faible présence hiérarchique, ou encore le besoin d'une compétence spécifique. Ces postes entraînent des positions privilégiées auprès des médecins, ou autres professionnels, ils demandent parfois une forte autonomie ou encore une spécificité telle que la force physique par exemple (brancardage). L'administration pourvoit alors ses différents postes aux AS dans une logique d'efficacité et de polyvalence. C'est un processus de relégation

C'est ainsi que des carrières masculines d'AS se sont dessinées. Là encore, il s'agit d'une récompense symbolique faute de réelle promotion. Pour accéder à cette forme de promotion, il semble nécessaire de s'être construit un réseau social spécifique et être connue au sein de l'institution

Au travers des évolutions de carrières possibles pour les AS, nous avons donc identifié plusieurs possibilités. Mais seul le modèle vertical semble explicitement reconnaître la profession de manière réelle et durable. Les autres possibilités semblent être symboliques mais fébriles et incertaines.

Au travers des différents moyens d'évolution évoqués, il me semble intéressant d'énoncer la Validation des Acquis Professionnels (VAP)²⁴. En effet, régie par le décret n°85-906 du 23 août 1985, elle permet une validation des études, des expériences professionnelles et des acquis personnels afin d'accéder à des formations supérieures sans besoin de justifier des diplômes requis normalement à ces formations. Pour ce, les conditions requises pour accéder à ce processus de formation sont :

²³ Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

²⁴ VAP-Paris-IAE de paris. www.iae-paris.com

- ✓ Avoir stoppé ou interrompu ses études initiales depuis au moins 2ans.

Il s'agit de construire un dossier ou plusieurs informations où doivent apparaître :

- ✓ L'expérience professionnelle, l'activité, les stages exercés, ou le bénévolat effectué.
- ✓ Les formations suivies.
- ✓ Les connaissances acquises hors du système de formation.

La VAP²⁵ représente aujourd'hui un moyen de professionnalisation qui pourrait s'apparenter et légitimer l'implication des professionnels ayant reçus une reconnaissance informelle comme évoquée ci-contre, mais en toutes légalité et assurant une réelle légitimité.

Voyons à présent, ce qu'est l'identité professionnelle ?

Comment se construit -elle ?

Et comment la définir ?

2.2 Déterminants sociologiques

2.2.1 -Représentation sociale du métier d'aide-soignant²⁶.

Il est je pense important d'identifier l'image véhiculée socialement sur la profession aide-soignante. Elle représente l'un des premiers maillons de la chaîne des professionnels de santé. De plus, celle-ci ne relève pas du code de la santé publique. Les normes qui réglementent le métier sont des arrêtés, un décret et plus souvent des circulaires. Ces normes sont « inférieures » aux autres professions de l'organisation de santé. La rémunération est peu élevée

²⁵ VAP-Paris-IAE de paris. www.iae-paris.com

²⁶ Aurélia BELKHIRI. Art : *Aides-soignants, un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des tâches valorisées et réalisées par d'autres professionnels*. www.openedition.org/6540.

puisqu'elle ne dépasse que légèrement le SMIG. Or, selon Bourdieu²⁷, *« le mépris pour une fonction se marque d'abord par la rémunération plus ou moins dérisoire qui lui est accordée »*.

La dénomination même du titre « aide-soignant(e) » révèle de son statut de subordonnée. En effet Anne-Marie ARBORIO²⁸ fait remarquer que *« ce n'est pas sur un découpage selon des caractéristiques techniques, ni sur un découpage fonctionnel qu'est fondé le choix de ce nom. Contrairement à ce qui pourrait laisser penser à l'usage du terme « soignant », il ne joue pas le rôle d'adjectif qualifiant et le terme « aide » représente le servant... Sa fonction n'ayant de sens que par rapport au soignant professionnel auquel il/ elle est subordonné. »*.

Ce métier représente une fonction dévaluée de par ses normes qui le réglemente, sa rémunération peu attrayante et son lien implicite avec la profession d'infirmière qui là encore le dévalorise.

A cela s'ajoute les tâches qu'exercent les aides-soignants. En effet, ils effectuent les toilettes, ce travail est alors perçu comme un métier dévalorisant. D'autant plus que dans l'inconscient collectif, selon DENEFFLE²⁹, 1995, *« les femmes qui lavent pour les autres, ne bénéficient pas d'une réputation honorable. Elles nettoient la saleté du monde et cette saleté est tout autant morale que physique....Les liens sont étroits entre le sale et la mort. On a souvent souligné les mauvaises odeurs, celles qui répugnent et qu'on associe le plus immédiatement avec la saleté, sont celles du pourrissement, voire même du cadavre »* ;

Il est je pense intéressant d'ajouter et de constater que l'on parle peu d'eux dans la presse ou les médias contrairement aux infirmiers. Et lorsque cela arrive, et bien très couramment ils sont souvent pris pour des infirmiers.

²⁷ Aurélia BELKHIRI. Art : *Aides-soignants, un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des tâches valorisées et réalisées par d'autres professionnels*.www.openedition.org/6540.

²⁸ Aurélia BELKHIRI. Art : *Aides-soignants, un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des tâches valorisées et réalisées par d'autres professionnels*.www.openedition.org/6540.

²⁹ Aurélia BELKHIRI. Art : *Aides-soignants, un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des tâches valorisées et réalisées par d'autres professionnels*.www.openedition.org/6540.

Au travers de ces différentes dimensions exposées et par ces quelques exemples, il semble donc que ce métier aussi précieux soit-il n'est pas une cote de popularité des plus élevées.

Au vu de cette représentation sociale, comment naît et s'octroie une identité professionnelle ? Et quel impact cette représentation va engendrer dans la construction identitaire professionnelle de l'aide-soignant ?

2.2.2 La construction d'une identité professionnelle.

Pour tenter de comprendre certains des comportements et des positionnements évoqués par l'évolution des carrières des AS, il est à présent à mon sens pertinent d'évoquer la notion d'identité professionnelle et collective. Qu'entendons-nous par identité professionnelle ?

Le concept d'identité professionnelle :

Il est possible de définir le terme identité comme « *le par quoi l'on différencie une communauté d'une autre ou d'un individu d'un autre. La différence qui constitue l'identité, repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être* ». Selon DUBAR³⁰, trois dimensions viennent construire l'identité :

- ✓ Le moi.
- ✓ Le nous.
- ✓ Les autres.

Elle est à la fois identité pour soi, elle renvoie alors à l'image que l'on se construit de soi-même. C'est également identité pour les autres, c'est-à-dire l'image que l'on souhaite renvoyer aux autres. Et enfin, l'identité se construit à travers l'image que les autres nous renvoient.

De part ces trois dimensions, l'identité naît d'un processus de construction par le biais des trois paramètres évoqués ci-dessus.

³⁰Claude DUBAR. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 5ème édition Armand Colin 2015, collection U, Paris 2000, Pages 251.

Essayons à présent d'établir une description de l'identité professionnelle au gré de ces différentes propositions. Elle est donc l'une des composantes de l'identité dite globale de la personne. Elle renvoie vers trois éléments principaux :

Tout d'abord, Le monde vécu du travail, il s'agit de la dimension objective et l'importance qu'accorde l'individu au travail.

Vient ensuite, les relations de travail, il s'agit de la dimension subjective à savoir comment est perçu le travail et s'intègre ici le sentiment d'appartenance.

Enfin les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir représente le dernier élément.

Il s'agit des différentes étapes de changement que l'activité professionnelle subit et les différentes évolutions de l'activité. Mais l'identité professionnelle c'est aussi la manière dont les groupes s'identifient aux pairs, aux chefs, au groupe fondées sur des représentations collectives. On peut dire « *qu'elle est le résultat d'une identification à l'autre en fonction de l'investissement de soi dans les relations sociales* »³¹. (SAINSAULIEU 1985). Selon DUBAR³², l'identité professionnelle est « *le résultat de relation de pouvoir et d'appartenance à des groupes.* » Il ajoute que la construction identitaire dépend « *de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, ses compétences et de son image.* » Pour OSTY (2008)³³, « *elle est une identité de métier se caractérisant par l'usage des pratiques, de vocabulaire, de gestes communs. C'est le sentiment d'appartenance à une profession par le biais de normes collectives conformes intégrées* ».

Au travers des différents auteurs énoncés, l'identité professionnelle semble être le résultat d'un processus identificatoire à des collectifs influencés par l'appartenance à des groupes.

³¹ Claude DUBAR. La crise des identités : L'interprétation d'une mutation, 4^{ème} édition PUF, Juin 2010, Paris, Pages 239. *Introduction et chapitre 1: Dynamiques historiques des formes identitaires*, pages 1 à 56.

³² Claude DUBAR. La crise des identités : L'interprétation d'une mutation, 4^{ème} édition PUF, Juin 2010, Paris, Pages 239. *Introduction et chapitre 1: Dynamiques historiques des formes identitaires*, pages 1 à 56.

³³ Claude DUBAR. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 5^{ème} édition Armand Colin 2015, collection U, Paris 2000, Pages 251.

Mais comment se construit-elle ?

L'homme choisit un métier en fonction de sa personnalité, de ses aspirations, de ses capacités, de ces expériences et de sa sensibilité à un secteur d'activité. Il est le reflet de l'identité de l'individu tel qu'il est au moment de ce choix. Le travail a une place prépondérante dans la définition de soi.

Trois facteurs d'identité sont identifiés selon ALBERT et ALI (2003)³⁴ :

L'identité par le métier : c'est l'activité de travail mise en œuvre par l'utilisation de savoirs, de logiques d'action, et s'identifie également le style personnel, et les compétences. L'individu s'approprie les gestes et les logiques de son métier tout au long de son apprentissage en se perfectionnant constamment.

L'identité par l'appartenance à un groupe est le 2^{ème} facteur. Il se construit au travers de l'équipe, par le niveau hiérarchique ou par le biais d'activités communes. Tout collectif d'appartenance par le biais d'actions, de valeurs, de normes, de comportements, de croyances communes, est source de construction identitaire.

Appartenir à une entreprise est le 3^{ème} facteur d'identification. Par l'intégration de gestes, paroles, principes, valeurs ou jargons de l'entreprise ou l'individu exerce, il sera en étroite relation à l'entreprise. Celle-ci permet à cette identité d'exister. « C'est un gage de qualité et de cohésion aux valeurs de l'organisation. » (OSTY 2008).

La construction identitaire collective se fait par le biais d'un apprentissage exercé auprès des pairs du métier. L'homme peut y accéder grâce aux autres à tout degré de reconnaissances existantes. La construction collective s'effectue par les autres et avec les autres dans sa vie professionnelle. « *Il*

³⁴ Claude DUBAR. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, 5^{ème} édition Armand Colin 2015, collection U, Paris 2000, Pages 251.

s'agit donc d'un processus continu, stable, dynamique, provisoire et interactif qui s'effectue tout au long de la vie professionnelle. » (DUBAR 2000).

A la notion d'identité de travail s'associe implicitement la notion de reconnaissance.

Qu'est-ce que la reconnaissance ?

Quelles en sont les dimensions principales ?

Pourquoi est-ce si essentiel ?

Qu'apporte la reconnaissance ?

2.2.3 La reconnaissance professionnelle

Le travail semble être pour l'homme un moyen de se retrouver, se définir et établir ses propres références. La conjoncture organisationnelle actuelle engendre une insécurité, une régression du lien de confiance employeur-employé et donc une diminution du sentiment d'appartenance. L'émergence de ce nouveau mode organisationnel est basée sur la performance, la productivité et l'efficience. Ce fonctionnement entraîne un besoin de reconnaissance accrue quel que soit la profession exercée. La reconnaissance semble être un puissant moteur (CARLIER-BOURGAULT 2003)³⁵ et est donc en milieu de travail un enjeu important.

Il est cependant pertinent d'évoquer et d'intégrer une nouvelle génération. La génération « Y ». En effet, celle-ci présente un rapport au travail différent des générations précédemment énoncées. Il est donc précieux de les citer et de vous présenter les modes de fonctionnement de cette nouvelle génération. Pour ce, j'ai fait le choix de m'appuyer sur Jacques Lambert³⁶.

De l'impact de l'incertitude au travail et l'instabilité géopolitique mondiale, émane un avenir incertain. Le risque devient permanent et cette incertitude se

³⁵ Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

³⁶ Jacques LAMBERT. *L'impact de l'incertitude sur le rapport au travail*, blog de Jacques LAMBERT, nouvelle.donne.generationnelle.overblog.com.

généralise. En 40 ans, Jacques Lambert explique que nous sommes passés d'une société progressiste à une société incertaine. Et plus précisément depuis 20 ans. La génération « Y » n'a alors vécue qu'au sein de cette conjoncture pessimiste. Ceci a entraîné un bouleversement sur le rapport au travail et sa place dans notre vie. La représentation d'un emploi instable est largement identifié et ce depuis les années 2000. Cette nouvelle notion d'emploi signe la fin d'un travail pour la vie et l'émergence d'une activité professionnelle façonnée par plusieurs métiers à exercer. Ce nouveau schéma, nécessite une remise en question constante et une requalification continue pour pouvoir rester sur le marché du travail. *« La notion de portefeuille de compétences devient centrale, puisque c'est le maintien de ce portefeuille en constante évolution qui devient l'indicateur de l'employabilité de la personne »*³⁷. Cette précarisation de l'emploi, impacte plus spécifiquement la génération « Y », entraînant ainsi, *« un affaiblissement du rapport identitaire au travail, au bénéfice d'un rapport identitaire aux activités du temps choisi et des loisirs »*³⁸. Ainsi, nous sommes passés du fameux *« Dis-moi quel est ton métier, je te dirai qui tu es, à dis-moi ce que tu aimes et je te dirai qui tu es »*³⁹. Jacques Lambert explique que la notion du travail n'est plus une priorité et une notion identitaire « pure », mais que *« la vraie vie de la personne est maintenant ailleurs »*⁴⁰. En effet, c'est au sein de la sphère privé et dans les activités librement choisies par l'individu, que la notion d'identité prend sa place. Il faut noter, que la précarisation de l'emploi est différemment vécue en fonction de l'emploi occupé. Ceux de faibles qualifications, sont particulièrement impactés par ce nouveau mode identitaire. Le vécu du travail est construit sur un mode dramatique et angoissant. La personne se replie sur le présent, l'immédiateté et ne se projette pas dans le futur. Le travail est alors désinvesti et passe d'un travail identitaire à un travail alimentaire. Pour lutter contre cette « dilution du rapport au travail », les organisations vont devoir, penser, imaginer des réponses structurelles, organisationnelles et

³⁷ Jacques LAMBERT. *L'impact de l'incertitude sur le rapport au travail*, blog de Jacques LAMBERT, nouvelle.donne.generationnelle.overblog.com.

³⁸ Jacques LAMBERT. *L'impact de l'incertitude sur le rapport au travail*, blog de Jacques LAMBERT, nouvelle.donne.generationnelle.overblog.com.

³⁹ Jacques LAMBERT. *L'impact de l'incertitude sur le rapport au travail*, blog de Jacques LAMBERT, nouvelle.donne.generationnelle.overblog.com.

⁴⁰

relationnelles. D'autant plus qu'aujourd'hui, la masse salariale compte 40% de personnes issues de la génération « y ». Ils vont directement impacter le travail dans sa globalité.

Voyons à présent comment est-il possible d'intégrer le concept de reconnaissance ?

Qu'est-ce que la reconnaissance ?

Quels en sont les points de vue ?

Quels sont les différents champs et les différentes formes de la reconnaissance au travail ?

Et quels sont les effets de cette reconnaissance ?

L'ère contextuelle du travail, s'apparente aujourd'hui à la productivité, et le fait d'être reconnu par ses pairs à une importance capitale. Avec l'augmentation croissante de l'individualité la diminution du réseau social, le travail est un lieu central de la quête identitaire. Travailler pour l'être humain, c'est être en phase avec soi-même, se définir et établir ses propres références. L'émergence d'un nouveau monde organisationnel du travail, c'est-à-dire le passage d'une bureaucratie des qualifications vers une bureaucratie divisionnalisée et par les tâches, a engendré une insécurité, une diminution du lien de confiance et donc une diminution du sentiment d'appartenance.

Ces nouveaux modes organisationnels sont basés sur la performance le contrôle et l'efficacité, entraînant une demande toujours plus accrue à l'employé, d'efforts, d'énergie et d'investissement. Or ses demandes entraînent un besoin de reconnaissance accrue quel que soit la profession exercée. Selon Cartier et Bourgault 2003⁴¹, « la reconnaissance semble être un puissant moteur ». Elle est donc en milieu de travail un enjeu important.

⁴¹Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

Qu'est-ce que la reconnaissance au travail ?

Selon benjamin en 2007⁴², « Il s'agit d'une réaction positive et constructive, la démonstration claire que nos réalisations, les efforts investis dans notre travail et notre personne elle-même sont reconnues à leur justes valeurs». Il s'agit de se sentir apprécié pour conserver la motivation, développer le sentiment d'appartenance et le désir d'implication. La reconnaissance permet de conserver un bon niveau de satisfaction au travail. Celle-ci permet de préserver et de construire son identité et donner du sens au travail. Selon Boursier et Palobart 2007,⁴³ « La reconnaissance s'exprime dans les rapports humains sous de multiples formes, la parole, les écrits, l'objet ou le symbole et selon différentes sources, le supérieur, les collègues, les clients ou dans notre corps de métier le patient». Mais d'après les auteurs la reconnaissance par le supérieur hiérarchique semble être plus importante.

Le concept de reconnaissance au travail englobe plusieurs éléments qu'il est possible de regrouper selon différentes conceptions autour de quatre points de vues.

La perspective éthique tout d'abord, la reconnaissance est considérée comme un souci de l'autre, une responsabilité individuelle et collective à partager ; Elle s'exprime par l'action qui vise à réparer les torts causés aux employés par les choix de gestion spécifique. C'est par exemple la reconnaissance qu'un employeur exprime envers ses salariés de manière individuelle et collective.

Vient ensuite la conception humaniste et existentielle ; elle consiste selon Bourcier et Palobart, 1997⁴⁴ « A prendre le temps de connaître les personnes de notre entourage, témoigner ensuite de leur pleine existence et donner enfin un sens à leurs actions. » Cette conception se témoigne au sein

⁴² Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

⁴³ Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

⁴⁴ Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

des relations interpersonnelles dans l'ordinaire du quotidien. Elle provient du supérieur hiérarchique, d'un collègue ou de manière informelle.

La psychodynamique du travail est la troisième conception, et se détermine comme l'expérience des personnes en milieu de travail. Deux axes sont présents :

Un constat c'est-à-dire le travail réel et la gratitude. Deux jugements viennent s'apparenter aux précédemment énoncés

- Le jugement d'utilité sociale économique et technique.
- Et le jugement de beauté impulsé par les pairs qui juge la qualité du travail

Selon les règles de l'art du métier exercé. L'employé se sent ainsi intégré à une communauté d'appartenance.

Enfin l'approche behavioriste ou comportementaliste représente la quatrième et dernière conception. Celle-ci estime que le comportement de la personne est contrôlé par les conséquences de ses actes. « Vous obtenez ce que vous récompensez ». Nelson 2001⁴⁵. Elle concerne principalement la reconnaissance monétaire qu'un supérieur attribuera à ces salariés.

Ces quatre conceptions donnent une perspective d'ensemble et permet d'identifier les points de vues généraux, qui à mon sens sont essentiels afin de comprendre le concept de reconnaissance et les difficultés encourues.

Il me semble important d'énoncer à présent où se placent les champs de la reconnaissance au travail et de vous exposer les différents niveaux où ils sont exercés. La reconnaissance est un processus de communication. Les niveaux de reconnaissance au travail font référence aux sources, aux porteurs de la reconnaissance, à la dynamique qui s'établit entre celui qui reçoit et celui qui exprime de la reconnaissance.

⁴⁵ Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

Il existe cinq niveaux de reconnaissance⁴⁶ :

Le niveau institutionnel, à ce stade, la reconnaissance s'exprime au moyen de politiques et de programmes qui affirment et soutiennent l'intention de l'organisation de reconnaître la contribution et l'implication des membres de l'organisation au processus de travail dans sa globalité.

Au niveau vertical, la reconnaissance se manifeste entre gestionnaires et employés Du haut vers le bas dans la hiérarchisation du travail.

Au niveau horizontal, la reconnaissance est exprimée entre pairs et collègues. Ce stade est primordial car celui-ci se déclare être le plus apte à juger.

Le niveau externe attire à la prestation de service et implique les clients, patients, partenaires.

Enfin le niveau social représente la valorisation de l'utilité sociale d'une structure ou la reconnaissance de la construction sociale de certains corps de métier (pompiers, infirmiers...).

La reconnaissance s'exprime donc à différents niveaux mais sous quelles formes s'exerce-t-elle au sein de la structure professionnelle ?

Nous allons à présent prendre connaissance de la physionomie de la reconnaissance.

Selon la manière dont on examine le processus de travail, nous distinguons et différencions quatre formes de reconnaissances, en fonction des dimensions clés du travail.

⁴⁶Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

La reconnaissance existentielle représente la première forme. Selon Jacob 2001⁴⁷, « c'est l'employé, l'être humain avec son identité propre et une expertise unique ». Ce sont les gestes au quotidien par le biais des contacts et des échanges. Cette reconnaissance est accordée d'emblée par le simple fait d'être un humain ce seul statut est suffisant. En effet l'être humain a le droit à la parole et il influence sur la décision organisationnelle.

La reconnaissance à travers la pratique de travail représente la seconde forme. C'est la manière dont on effectue sa tâche. Il s'agit du comportement, des qualités professionnelles, et des compétences acquises.

La troisième forme est la reconnaissance de l'investissement dans le travail. C'est la qualité et l'importance des efforts fournis par l'employé afin de contribuer au processus de travail. Ce sont les contributions apportées, les risques encourus, et l'énergie déployée indépendamment des résultats obtenus.

Enfin, la quatrième forme de reconnaissance, est celle des résultats. Le fruit du travail basé sur l'efficacité, l'utilité, la qualité lorsque la tâche est accomplie.

L'ensemble de ces quatre formes sont complémentaires et interdépendantes, il convient d'y avoir recours, afin de combler le besoin d'être reconnu dans la structure professionnelle, d'être apprécié comme travailleur apte, d'y investir des efforts et de l'énergie, d'y accomplir des tâches efficaces et d'y être efficient, et enfin de produire un résultat final admettant un savoir-faire professionnel.

Aucune forme de reconnaissance est supérieure à une autre et ne peut être substituée par une autre, le processus s'opère par le biais et grâce à ces quatre formes.

⁴⁷ Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

Mais pourquoi la reconnaissance est-elle si essentielle ? Quels sont les effets de la reconnaissance ?

Les effets de la reconnaissance impactent directement les employés, l'organisation et les patients. Voyons comment et ce que cela engendre ?

La reconnaissance présente de nombreux effets sur les employés.

En effet elle est un vecteur de l'identité, puisqu'elle est directement liée au concept d'identité. Etablit dans un premier temps au sein de la sphère privé, puis de la sphère publique, le milieu de travail vient cristalliser l'identité par le biais du travail. Des sphères publiques, l'identité se construit au travers du regard que porte les autres sur nous et le regard qu'ils renvoient de nous-même en milieu de travail. La reconnaissance peut favoriser le développement de l'identité. Elle donne un sens au travail.

La création de sens au travail est influencée par la reconnaissance, elle lui redonne ses lettres de noblesse et les capacités d'être source de plaisir et de satisfaction. À cet instant le travail devient porteur de sens. La reconnaissance joue un rôle non négligeable sur l'estime de soi. Elle renforce le sentiment de compétences personnelles et donc l'estime de soi. Ce sentiment définit une valeur de l'employé au sein de la structure dans lequel il exerce.

La reconnaissance, apporte davantage de motivation et de satisfaction. Selon Bourcier et Palobart, 1997⁴⁸, « *la reconnaissance est une source de motivation et de satisfaction De par cette reconnaissance, le salarié occupe une place bien définie au sein de l'organisation et de ce fait, sa contribution est appréciée à sa juste valeur, ainsi, il est plus enclin à s'engager dans l'exercice de sa fonction et donc à se motiver et à se surpasser* ». « *La motivation constitue un moteur de l'action, elle consolide le sentiment de compétence et entraine une satisfaction de la part des membres de la structure de travail en contribuant à la satisfaction et à la motivation au travail* »/

⁴⁸Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

« *La reconnaissance influence positivement la productivité et la performance des organisations* ». Appel Baum et Kamal (2001)⁴⁹. La reconnaissance semble donc influencer directement sur la santé mentale et le bien-être au travail.

Il est cependant important d'énoncer la pyramide d'Abraham Maslow lorsque l'on parle de reconnaissance. En effet celle-ci se situe à la 4^{ème} strate de la pyramide. On peut donc aisément faire le lien et mettre en cohérence qu'il faut avoir atteint les trois autres strates de la pyramide pour accéder à la reconnaissance. A savoir, avoir assouvi les besoins physiologiques, les besoins de sécurité et les besoins d'appartenance. Selon Maslow il est difficilement possible d'atteindre cette reconnaissance si les besoins antérieurs n'ont pas été atteints. La reconnaissance est donc un processus qui s'articule autour d'un cheminement bien défini.

Besoins d'estime (confiance et respect de soi,
reconnaissance et appréciation des autres)

Besoins d'appartenance et d'amour (affection des autres)

Besoins de sécurité (environnement stable et prévisible, sans anxiété
ni crise)

Besoins physiologiques (faim, soif, respiration, sommeil, élimination)

Pyramide des besoins de Abraham Maslow⁵⁰

Si la reconnaissance favorise la santé mentale et le bien-être au travail, à l'inverse, le manque de reconnaissance représente un des facteurs de risque les plus associés à la détresse psychologique élevée au travail. Nous pouvons de ce fait, identifier l'importance du concept de reconnaissance et inversement

⁴⁹ Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

⁵⁰ www.google.fr.

s'inquiéter des dommages potentiels que cela peut produire lorsque celle-ci n'est pas effective.

Intéressons-nous à présent sur les effets de la reconnaissance sur l'organisation.

Elle améliore la qualité de vie au travail par le biais de l'ambiance et le climat de collaboration qu'elle permet d'implanter.

La reconnaissance permet de mobiliser et permet une rétention du personnel. De par son implication et son investissement l'agent se mobilise, est alors crée une rétention du personnel favorisant ainsi la fidélisation.

Elle permet d'accroître la productivité et la performance En étant reconnu, l'agent s'investit et se sent engagé, il augmente ainsi sa production et donc sa performance.

Selon Griego-Geroy et Wright 2000⁵¹, « *la reconnaissance représente une assise des organisations apprenantes* ». Elle favorise donc l'apprentissage. La reconnaissance apporte donc un ensemble d'éléments primordiaux à la bonne marche de l'entreprise

Mais qu'en est-il de l'impact sur la clientèle ou patientèle ?

La reconnaissance donne une image positive et amène le patient dans notre cas à accorder sa confiance et impulse donc une dynamique. Un professionnel reconnu offre un service, un soin à l'image des valeurs et de la philosophie que l'organisation véhicule. Il est alors aisé d'identifier l'importance de la reconnaissance au sein des structures hospitalières.

La reconnaissance, peut être exprimée et manifestée de manière formelle, informelle, publique, privé, monétaire ou non, individuelle et collective. C'est

⁵¹Aaiae.iae-toulouse.fr. Fiches outils RH, *La reconnaissance en milieu professionnel*. Elodie BELBAHRI et Mylène GOMEZ.

un élément essentiel tant pour le bon fonctionnement de l'organisation que pour la santé des individus qui la composent. Elle permet de préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur bien être professionnel pour que les gestes d'appréciations soient efficaces et crédibles.

Cependant, la non reconnaissance semble être de plus en plus individuellement vécu et se manifeste par un désengagement qui concrètement se montre par une diminution de l'implication des agents. La reconnaissance est légitime, non reconnue, elle crée de l'amertume. Elle amène l'entraide, la coopération, la confiance et engendre un meilleur climat de travail, une meilleure mobilisation, une plus grande productivité et une meilleure performance ainsi qu'une meilleure qualité de soin au patient.

On peut à présent aisément identifier l'impact que procure le concept de reconnaissance dans le travail. C'est pourquoi celui-ci semble être un levier stratégique en matière de management. Quels sont les rôles du cadre de santé ? Quel est son rôle à jouer dans cette dynamique de reconnaissance ?

2.3 Management

2.3.1 Les rôles du cadre.

Il est je pense pertinent d'identifier les différents rôles du cadre de santé afin de pouvoir établir une corrélation directe et le rôle qu'il a à jouer pour intégrer et impulser cette dynamique de reconnaissance auprès de ses agents. Je m'appuierai sur les dix rôles du cadre selon Mintzberg⁵² car je trouve l'ensemble de ses différents rôles facilement transférables et identifiables dans le secteur de la santé.

Mintzberg identifie dix rôles professionnels du cadre qu'il sous classe en trois grandes parties : les rôles interpersonnels, les rôles liés à l'information et les rôles décisionnels. J'énoncerai ceux qui me semblent pertinents pour insuffler

⁵² Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien: Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, Pages283.

le concept de reconnaissance ; à savoir les rôles interpersonnels et les rôles décisionnels.

Tout d'abord, de par son autorité et son statut, le cadre développe ses relations interpersonnelles. Il a accès à certains contacts et entretient un réseau de contact et assure ainsi une autorité dont il est légalement investi dans l'organisation. Le contact personnel a donc une importance essentielle. Trois rôles interpersonnels sont identifiés selon Mintzberg⁵³.

Le cadre comme symbole. Par l'autorité formelle donnée et investie, le cadre est un symbole ce qui lui impose des obligations et des sollicitations. Il est obligé de remplir un certain nombre de devoirs qui confèrent une dimension sociale et de mises en relation. (Devoirs routiniers, présence à des cérémonies, sollicitations ...).

Le cadre est un leader, il est responsable de la motivation et de l'activation des agents. Il se doit d'impulser et faire vivre la motivation au sein de sa structure. Il est responsable des affectations, de la formation, du recrutement. La quasi- totalité des fonctions du cadre implique les agents. Son rôle de leader est largement reconnu et semble être celui qui est le plus évoqué. Dans la dynamique de reconnaissance, son positionnement de leader semble être à mon sens le plus important et le plus utilisé pour favoriser et impulser la notion de reconnaissance.

Le cadre est un agent de liaison⁵⁴. Il crée lui-même et entretient un réseau de contacts externes et d'informations qui lui apportent faveurs et informations capitales. L'ensemble de ces supports et des relations qu'il entretient lui permet d'être toujours en adéquation avec les nouveautés les changements, les obligations législatives. Il se doit d'être en veille permanente et de communiquer à son équipe les nouvelles données. De ce fait, cette communication lui permet de mettre en œuvre certains leviers et certaines

⁵³ Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien: Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, Pages283.

⁵⁴ Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien: Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, Pages283.

attitudes permettant d'insuffler le concept. Au travers de ses différents rôles interpersonnels le cadre possède les précieux moyens relationnels ce qui va lui permettre d'actionner certains leviers favorisant la reconnaissance du professionnel et son bien-être au travail.

Le rôle du cadre, est celui de porte-parole⁵⁵ et transmet aux personnes extérieures les informations spécifiques concernant son organisation.

Découvrons maintenant les quatre derniers rôles apparentés aux rôles décisionnels.

Le cadre est un entrepreneur⁵⁶, il recherche des opportunités au sein de son environnement et prend l'initiative d'effectuer des projets d'amélioration pour procéder à des changements. Il supervise ainsi la conception de certains projets et favorise les conduites de changement. Il l'impulse et l'organise afin de faire adhérer celui-ci à l'ensemble de son équipe. Il élabore la stratégie et conceptualise les projets d'amélioration. Il est un régulateur, lors de perturbations importantes et inattendues, il doit gérer les crises et doit les réguler. Au travers de ce rôle, il est facile d'identifier et de faire le lien avec le concept. En effet c'est au travers de ce rôle qu'il va pouvoir impulser et insuffler le changement et peut intégrer un processus de changement afin de favoriser l'émergence du concept de reconnaissance.

Le cadre est un répartiteur de ressources⁵⁷, il est partie prenante de toutes décisions importantes au sein du service qu'il conduit. Ainsi, il gère l'emploi du temps, demande les autorisations s'apparentant au budget et il programme et met en œuvre le travail et les tâches des différents acteurs exerçants dans son service. En exerçant ce rôle le cadre prend connaissance des ressources potentielles au sein de son service et là encore il peut proposer des tâches et des actions qui vont impacter et favoriser l'intégration d'une reconnaissance au sein du service.

⁵⁵ Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien: Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, Pages283.

⁵⁶ Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien: Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, Pages283.

⁵⁷ Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien: Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, Pages283.

Enfin, le cadre est un négociateur⁵⁸ qui doit représenter son service, lors d'importantes négociations. C'est lors de ces interventions qu'il va renvoyer une image de son équipe et de son personnel. La manière et les dires employés vont implicitement jouer sur la reconnaissance de ce personnel.

Le cadre de santé, symbolise le chef, c'est un leader et un agent de liaison. Il doit observer activement, diffuser l'information, et est le porte-parole. Il entreprend, régule, répartit et négocie. L'ensemble de ses actions sont en corrélation directe avec le concept de reconnaissance. Il peut au travers de ses différents rôles impulser la reconnaissance par de nombreux leviers communicationnels et par le biais de nombreuses tâches évoquées ci-contre.

Il me paraît donc difficile à présent d'aborder la compétence sans évoquer la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences(GPEC).

Qu'est-ce que la compétence ?

Qu'est-ce que la GPEC ?

Qu'apporte-t-elle concrètement au concept de reconnaissance ?

Et Pourquoi ?

2.3.2 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

Selon Barraud et Al en 2004,⁵⁹ la compétence, c'est « *la capacité à mettre en œuvre une combinatoire spécifique devant un problème souvent inédit. Cette capacité combinatoire qui fonde la compétence, permet de mobiliser immédiatement des savoirs théoriques, procéduraux, expérientiels, empiriques, sociaux cognitifs pour trouver une réponse innovante à une situation.* ». La compétence, est une combinatoire qui vise à entraîner la performance. Il s'agit donc d'un objet de gestion construit et élaboré et qui

⁵⁸ Henry MINTZBERG. *Le manager au quotidien: Les 10 rôles du cadre*, 2^{ème} édition Edition d'Organisation, Eyrolles, 2006, Pages283.

⁵⁹ Antoine PENNAFORTE. *La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences*, Master1 direction d'établissement de santé, CNAM et Morgane LE GAL. *La démarche compétence 1/2, et 2/2* Master 1 santé et management, UPEC.

suppose une analyse du travail et une évaluation des personnes. Les niveaux de compétence, peuvent être utilisés pour définir les exigences de rôles particuliers ou de niveaux dans l'organisation.

La Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est une conception mise en œuvre et suivi de plans d'action cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources en compétence de l'organisation. Il s'agit d'une politique d'ajustement qui s'effectue sous la forme d'une démarche permanente pour anticiper l'évolution quantitative et qualitative des emplois à moyen terme , et orienter en conséquences, les politiques de formation de recrutement et de mobilité nécessaire.

Deux approches de construction sont possibles afin de construire les référentiels.

Il s'agit de référencer les métiers et les emplois, soit dans une logique itérative par le biais d'une ingénierie organisationnelle.

Soit dans une logique descendante par le biais d'une stratégie managériale.

Le processus général de gestion des compétences s'effectue en deux phases :

Une phase prévisionnelle où il est nécessaire d'effectuer une analyse des activités existantes dans l'organisation ou le service, grâce à un audit, qui permet d'identifier les compétences requises et les compétences acquises par les salariés. De ce fait, il est alors possible de mettre en évidence les différences observées entre ce qui existe et ce qu'il faudrait.

La deuxième phase est opérationnelle, et il s'agit de mettre en place une politique de développement de compétences. Une fois le processus mise en œuvre et développer il permet d'aboutir à la professionnalisation.

Or ce processus impacte directement les agents ils sont acteurs de leur évolution ce qui favorise l'installation du concept de reconnaissance au travail par le biais de nouvelles acquisitions et d'un développement individuel et collectif. C'est le management qui met en place une GPEC. On peut donc entrevoir le levier managérial potentiel qu'à celle-ci dans le processus de reconnaissance au travail. La GPEC permet de mettre en interaction les gens qui pensent et ceux qui font, elle est au cœur d'une négociation sociale. La GPEC, c'est instiller la représentation de ce qui change par un accord de méthode puis des accords spécifiques et des clauses de revoyure. Chacun à son mot à dire et favorise ainsi l'implication, impulse la motivation et l'adhésion. Cette approche semble influencer directement sur le concept de reconnaissance.

La professionnalisation favorise l'expertise l'estime de soi s'inscrit et favorise l'esprit d'équipe pour ainsi développer la reconnaissance au travail.

Dans ces rôles, le cadre possède différents moyens et plusieurs techniques managériales pour les exercer.

Voyons ce qu'est le management ?

Quels sont les différents modes de management envisageables ?

2.3.3 Les différents modes de management du cadre de santé.

Qu'entendons-nous par Management ?

Le management⁶⁰ est « la mise en œuvre des moyens humains et matériels d'une entreprise pour atteindre ses objectifs ». C'est « l'ensemble de principes et de règles d'action dont l'application doit assurer l'efficacité, de la coordination dans les activités collectives et maintenir la motivation pour une coopération active et gratifiante de la part des membres de l'organisation ».

⁶⁰ Antoine PENNAFORTE. *GRH et management*, Master 1 : Direction d'établissement de santé, CNAM. Et Patrick FARNAULT *Attitudes managériales : La notion de leadership*, Et *Introduction aux pratiques managériales*, Master 1 : Santé et management.

On devine au travers de cette définition, que le style de management choisi va directement et implicitement jouer sur les membres d'une équipe. Il semble donc que le manager va de ce fait pouvoir favoriser l'implication, la motivation, l'adhésion, la coopération et donc pouvoir implanter le concept de reconnaissance.

Voyons à présent, les différents modes de management allouant ainsi au mieux le concept de reconnaissance.

Il me semble pertinent d'énoncer l'ensemble des modes de management car chacun d'entre eux vont impacter et implicitement favoriser le concept de reconnaissance. En effet je tenterai à chacun des modes explicités d'argumenter et démontrer l'intérêt de chacun d'entre eux dans l'intégration du processus de reconnaissance. Ils n'ont certes pas tous les mêmes degrés de pertinence sur la reconnaissance mais ont malgré tout une influence non négligeable. Cependant je m'arrêterai plus spécifiquement sur deux types de management qui je pense sont particulièrement explicite. Il s'agit du management participatif et du slow-management.

Le management persuasif⁶¹ favorise la mobilisation, la conviction et la formation, le manager laisse de la latitude à son équipe et est là en tant que soutien. Il favorise ainsi l'autonomie de son équipe en la mobilisant. Il favorise ainsi l'implication ; ingrédient essentiel à l'éveil de la reconnaissance. Ce mode de management semble être un premier moyen pour appréhender le concept de reconnaissance.

Le management délégué⁶², favorise la responsabilité la prise d'initiative et implique une prise de risque. Par cette dynamique managériale, le cadre de santé assoie la confiance et favorise celle-ci. Il s'agit là d'un précepte fondamental à la démarche de reconnaissance.

⁶¹ Antoine PENNAFORTE. *GRH et management*, Master 1 : Direction d'établissement de santé, CNAM. Et Patrick FARNAULT *Attitudes managériales : La notion de leadership*, Et *Introduction aux pratiques managériales*, Master 1 : Santé et management.

⁶² Antoine PENNAFORTE. *GRH et management*, Master 1 : Direction d'établissement de santé, CNAM. Et Patrick FARNAULT *Attitudes managériales : La notion de leadership*, Et *Introduction aux pratiques managériales*, Master 1 : Santé et management.

Le management participatif⁶³ permet de produire et créer de la richesse. Pour cela selon Pierre Yves Gomez⁶⁴ il doit réunir trois dimensions :

- Une dimension subjective, en effet en fonction de l'investissement produit par le salarié
- Une dimension objective qui représente les résultats du travail.
- Une dimension collective car le travail est toujours en relation avec client, un fournisseur et plus spécifiquement dans le domaine de la santé auprès des patients.

A l'heure actuelle, la dimension objective est primordiale, en omettant les deux autres dimensions. Du fait le travail du salarié ou de l'agent n'est pas mis en valeur. Il est alors beaucoup moins enclin à fournir un travail de qualité et se retrouve peu ou moins en collaboration. Il manque de créativité. Le management participatif repense le travail et semble être une alternative. Le salarié doit donc être « heureux » au travail pour être plus créatif et donc plus performant. Le schéma managérial est basé sur la confiance que l'on va donner au salarié en leur donnant des responsabilités. Du fait de cette impulsion octroyer au salarié celui-ci s'émancipe fait preuve de créativité et devient à la fois performant et satisfait.

Il est alors aisé de faire le lien non dissimulable avec le concept de reconnaissance, car les ingrédients apportés par ce type de management l'alimente et favorise son implantation.

Le principe du slow- management⁶⁵ « replace l'humain au centre de la performance » Ce type de management s'axe et privilégie le développement du bien-être au travail. Les changements organisationnels des entreprises

⁶³ Antoine PENNAFORTE. *GRH et management*, Master 1 : Direction d'établissement de santé, CNAM. Et Patrick FARNAULT *Attitudes managériales : La notion de leadership, Et Introduction aux pratiques managériales*, Master 1 : Santé et management.

⁶⁴ Antoine PENNAFORTE. *GRH et management*, Master 1 : Direction d'établissement de santé, CNAM.

⁶⁵ Mireille BARTHOD. *Trois attitudes pour développer le slow management dans votre entreprise*, www.chefdentreprisee.com.

empreints à l'incertitude et les ruptures ont contribué à l'essor de ce type de management. De part un environnement instable et en perpétuel évolution, comment le slow-management semble être un autre mode favorisant et facilitant le travail ?

Il s'agit donc de replacer l'humain au centre de la performance et pour ce, le manager utilise plusieurs leviers opérationnels.

Etre à l'écoute de son équipe, ce qui sous-entend une présence sur le terrain et des échanges directs à privilégier plutôt qu'une communication par mails ou via le téléphone. Cette écoute directe permet d'améliorer le bien-être au travail, l'agent se sent directement considéré. Cette écoute active permet alors la remontée des problèmes et l'optimisation des procédés. Le personnel se sent alors écouté, entendu. Ils deviennent alors acteurs au sein de l'entreprise et développent leurs talents. Ainsi, ils sont alors plus autonomes. Or celle-ci est un premier pas vers le bien-être.

Il s'agit ensuite de stimuler l'estime de soi et la prise d'initiative. Ceci favorise la créativité et l'ouverture d'esprit et donc implicitement favorise l'estime de soi ; un ingrédient essentiel au concept de reconnaissance. De ce fait l'équipe est plus efficace, performante, et présente de meilleurs résultats. Il s'agit là d'un « cercle vertueux » de réussite qui impacte alors la vie professionnelle et personnelle. Il est donc essentiel d'encourager la prise d'initiative en leur proposant de nouvelles actions au sein du service qui seront valorisantes. Le personnel AS serait alors responsable. Celle-ci rend alors le travail attrayant ce qui semble être un facteur clé du bien-être au travail.

Enfin, le manager doit «surveiller l'indicateur bonheur». Plusieurs caractéristiques viennent habiter cette dernière notion. S'y intègre, la qualité du sommeil, la nutrition, les relations interpersonnelles, l'apprentissage, la créativité, ou le plaisir au travail. De ce fait, les salariés se sentent intégrés, écoutés, autonomes. Le lien est alors créé entre manager et agents et se retrouvent en phase. Ce climat n'est pas seulement bénéfique pour les agents, mais également pour les managers et l'ensemble des salariés de l'organisation quel que soit leur statut au sein de celle-ci.

Les différents modes managériaux présentés ci-joint, représente le champ des possibles offert au cadre de santé pour favoriser et influencer sur la

reconnaissance. Par le biais d'adaptations communicationnelles et de techniques managériales, il est en mesure d'atteindre ses objectifs tout en intégrant le principe et le concept de la reconnaissance. Cette stratégie est triple puisqu'elle favorise la performance, l'efficacité et le bien-être au travail. Il semble donc « théoriquement » possible d'atteindre une telle qualité de travail.

2.3.4 La problématique.

Le cadre de référence étant posé et les différentes notions exposées, il me semble maintenant essentiel de vérifier sur le terrain les concepts précédemment énoncés.

En effet, le concept de reconnaissance comporte une succession d'étapes intégrées dans un processus spécifique. L'ouvrage d'Anne-Marie ARBORIO et l'état des lieux de la profession aide-soignante m'ont permis d'enrichir et de prendre connaissance des différentes biographies des AS. Les auteurs Claude DUBAR et Christophe DEJOURS m'ont permis de comprendre et d'intégrer Les différentes étapes du concept de reconnaissance. J'ai au regard de ma question de départ posé ma 1^{ère} hypothèse.

Les AS seraient non reconnus dans leur fonction au sein de l'équipe.

Je me suis ensuite appuyée sur l'ouvrage d'Henry MINTZBERG, et ainsi pris connaissance des différents rôles du cadre. Les apports théoriques reçus en cours m'ont sensibilisé sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ainsi que les différents modes de management. L'article de Mireille BARTHOD est venu enrichir mes connaissances sur le slow management. Enfin, l'article d'Aurélia BELKHIRI a pu m'éclairer sur les représentations sociologiques de la profession aide-soignante. Implicitement, et au vue des différents supports, en lien avec ma question de départ, J'ai pu rédiger ma 2^{ème} hypothèse.

Les cadres de santé possèderaient des leviers managériaux qui influeraient sur le concept de reconnaissance auprès des aides-soignants.

3 L'enquête de terrain

3.1 Choix des supports de l'enquête de terrain

Pour valider ou invalider ces hypothèses, je fais le choix de construire une grille d'entretien semi-directive auprès de ces deux catégories socio-professionnelles afin de récolter un ensemble de données qualitatives qui me permettront de construire une analyse sur le sujet et ainsi posséder des réponses objectives à mes questions.

L'entretien semi-directif me paraît la méthode la plus appropriée car c'est une technique d'enquête qualitative qui me permet d'orienter en partie seulement les personnes que je souhaite interroger. L'entretien semi-directif me permet de venir compléter et approfondir le cadre de référence préalablement construit. Il va venir apporter une richesse et de nombreuses informations et créer une interaction. Il me semble essentiel d'établir ce genre de communication au vu du sujet que j'expose. Je cherche précisément à écouter comprendre afin de découvrir les représentations des personnes interrogées. L'entretien semi-directif me semble donc être l'outil le plus judicieux car il facilite l'expression, le ressenti, la façon de penser ; ce qui se trouve en totale corrélation avec ce que je souhaite démontrer. Il favorise la parole et la libre expression. Cet outil me permet de recevoir des informations pertinentes afin que je puisse comprendre l'autre par le biais d'une réception active. Le principe de reconnaissance est un concept très personnel et intime empreint à de nombreuses émotions, c'est pourquoi mon choix se porte sur cette méthode que je pense se trouver être la plus adéquate.

Afin d'avoir un contenu objectivement analysable et pertinent, je fais le choix de m'entretenir auprès de neuf personnes, cinq aides-soignants et quatre cadres de santé.

A ce jour, cinq aides-soignants ont accepté de s'entretenir avec moi ils exercent en structures hospitalières publique et privée. Certains d'entre eux sont jeunes diplômés, d'autres exercent depuis de nombreuses années. En ce

qui concerne les cadres de santé, ils exercent au sein de l'hôpital public, et possèdent tous une expérience avérée.

Je fais le choix de construire deux grilles d'entretien⁶⁶ distinctes en suivant la trame de mon cadre de référence. Je souhaite les enregistrés afin de les retranscrire dans son intégralité.

⁶⁶ Annexe I et II.

4 Analyse

4.1 Les aides-soignants

4.1.1 Profil des aides-soignants interviewés.

Il s'agit de 5 personnes. Leur âge oscille entre 30 et 59 ans. Ce sont toutes des femmes. 2 d'entre elles possèdent le CAFAS et les 3 autres femmes ont le DEAS. Leur ancienneté s'échelonne de 1an et demi à 31 ans d'expérience. Deux sont de nationalité étrangère, et trois de nationalité française. Il me semble intéressant d'avoir des profils variés afin de pouvoir comparer et observer l'évolution des modes de pensées.

4.1.2 Biographies professionnelles.

Deux personnes se sont engagées directement dans un processus tourné vers la profession soignante. Il se trouve que ce sont ces 2 personnes qui ont le plus d'ancienneté. Les 3 autres personnes ont effectués de nombreux métiers avant d'exercer la profession. Certaines d'entre elles, ont essuyé quelques échecs scolaires ou déception professionnelles. Une femme a atteint un niveau de formation bac +3. Malgré tout, elle n'a pu aboutir à une stabilité professionnelle. Les autres, ont exercé de nombreux emplois, comme la restauration, le ménage, le travail en usine, gardienne d'immeuble et une d'entre elle a vécu l'expérience du chômage.

Il est je pense pertinent de mettre en lien les profils rencontrés. En effet, ils se trouvent en adéquation avec les biographies individuelles énoncées et évoquées dans mon cadre conceptuel. Les profils exposés dans l'ouvrage d'Anne Marie ARBORIO⁶⁷ ainsi que l'analyse démographique de la DRESS⁶⁸ se trouvent totalement ressemblants avec les rencontres et les histoires que j'ai pu découvrir. En effet, les profils interrogés sont représentatifs des analyses

⁶⁷ Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible : Les aides-soignantes à l'hôpital*, 2^{ème} édition Economica, Anthropos, Octobre 2012, Pages 334.

⁶⁸ Drees direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques: *Études et résultats n°923*, juillet 2015. www.dress.social-sante.gouv.fr/pdf/er923.

démographiques et représentent la cartographie type. Une AS possède une licence, deux d'entre elles sont issues de la formation initiale et 3 d'entre elles sont issues d'une reconversion professionnelle. De par cette spécificité, leurs âges se trouvent également concordants avec les analyses démographiques, ce qui explique l'âge avancé de certaines malgré une ancienneté relativement faible. La proportion Hommes- Femmes reste encore très majoritairement féminine. Le lieu d'exercice est volontairement disperser dans toute la France. Je ne souhaitais pas me cantonner à la région ile de France, qui possède une organisation et un mode de vie qui ne se trouve pas généralisé, et pouvant implicitement influencer sur le sujet. C'est pourquoi, j'ai étendu mon champ d'action sur deux départements français, les Pyrénées atlantiques et la Charente maritime. L'ancienneté au sein du service est conséquente et au prorata de leur année d'expérience. Cette donnée vient appuyer l'idée que le personnel aide-soignant est fidèle et semble moins mobile que d'autres professions paramédicales.

Je retrouve pour chacune d'entre elles, une profonde motivation dans l'exercice de leur fonction et pointe de par leur dire une profonde fierté.

Le profil des AS d'aujourd'hui, ne semble pas présenter d'évolution majeure, et se trouve cohérent avec les recherches et les représentations décrites dans mon cadre conceptuel.

Voyons à présent, ce qu'elles éprouvent et évoquent, lorsque je les questionne sur le sentiment d'appartenance et l'importance qu'elles accordent à l'esprit d'équipe.

4.1.3 Le sentiment d'appartenance, et l'esprit d'équipe

Le sentiment d'appartenance à une équipe est unanimement exprimé, et totalement partagé. Il est même explicité comme un concept essentiel et primordial. Une, énonce même la notion d'appropriation.

« *L'équipe s'est appropriée de moi* ». Les notions d'accompagnement, de soutien sont exposées. « *On est comme une grande famille, on est là les uns pour les autres* ». Le binôme aide-soignant- infirmier est très largement

évoqué pour l'ensemble des AS interrogées. *«On est obligé d'être soudée entre AS-IDE parce qu'on travaille en binôme.»* Le trinôme médecin –IDE-AS est même exprimé. *«Il faut se serrer les coudes, le dialogue est important.»* Il semble que le sentiment d'appartenance, est défini comme « obligé », car en son absence, le travail ne peut être bien fait et la qualité du travail ne s'obtient qu'en présence cette esprit équipe. Il donne du bien-être au travail *« Il n'y a pas de rejet, on communique bien »*. Là encore, les dires viennent valider la notion identitaire énoncée et décrite dans cadre de référence, qui explique très clairement l'importance d'être accepté au sein du groupe professionnel. Le sentiment d'appartenance valide la mise en œuvre du concept identitaire décrit par Claude DUBAR⁶⁹ et l'apport essentiel et primordial qu'il apporte au sein de l'organisation et pour le professionnel. Les verbatims énoncés viennent clairement validés la notion d'appartenance exposée par DUBAR⁷⁰, et sa dimension subjective attirant directement à la perception du travail et l'intégration du processus d'appartenance. Il s'agit là d'un des trois éléments principaux dans la construction d'une identité professionnelle.

Je m'interroge cependant sur une réponse recueillie, ou les notions d'équipe et d'appartenance, ne sont pas reliées aux personnes, mais à l'institution, et au métier des soignants dans sa globalité. Elle énonce : *«Les personnes peuvent changer, mais pas l'esprit d'équipe»*. De plus, elle exprime que le terme *« appartenir »*, lui renvoi la notion de propriété qu'elle associe à la dépendance, et donc à la peur de manquer. Elle enchaîne en disant *«On n'est pas là, pour se faire des aimer, mais l'esprit d'équipe es vital»*.

Nous retrouvons les préceptes énoncés des études sociologiques au sujet de l'identité professionnelle et la notion d'appartenance qui s'y attirent. Au vue des échanges et des dires exprimés, nous pouvons clairement dire que l'AS se sent totalement appartenir au corps des soignants, son importance et sa primordialité y sont entièrement retrouvées.

⁶⁹ Claude DUBAR. La crise des identités : L'interprétation d'une mutation, 4^{ème} édition PUF, Juin 2010, Paris, Pages 239. *Introduction et chapitre 1: Dynamiques historiques des formes identitaires*, pages 1 à 56.

⁷⁰ Page 30: *Cadre de référence*.

Voyons maintenant, comment l'AS définit le concept de reconnaissance ? Et s'il se sent reconnu ? Si oui par qui et comment ? Si non par qui et pourquoi ?

4.1.4 Le concept de reconnaissance

Tout d'abord, il est je pense intéressant de vous informer que cette question a suscité de nombreux silences et un questionnement certain. En effet, les mots ne viennent pas instinctivement, et donner une définition leur a semblé difficile pour toutes. Cependant, voici les représentations et les définitions associées.

Au terme reconnaissance, est associée, la notion d'existence, «on existe», la gratitude, «*c'est gratifiant pour nous ce que nous faisons*». La rémunération est évoquée «*Est ce que ce que je gagne correspond à ce que j'ai investi?*». La notion de remerciement également est exposée «*C'est quand après avoir soigné, un patient nous dit merci*». La notion d'appartenance est corrélée au concept de reconnaissance, «*C'est aussi savoir que j'appartiens à l'équipe*». Le métier d'AS est associé au maillon d'une chaîne. «*Si on n'existait pas, je pense qu'il manquerait quelque chose*» «*c'est comme une chaîne*». La notion d'intimité avec le patient, et le fait d'être la confidente du patient et là encore, le patient semble être l'objet de reconnaissance. «*Pour moi, être reconnu, c'est de voir que ce que tu fais a un impact sur le patient* ». La notion de sens et d'utilité est clairement exposée. «*On n'est pas là que pour la figuration.* ». Pour certaines, l'équipe est l'objet de la reconnaissance.

Nous pouvons clairement percevoir au travers des définitions que la gratitude, le remerciement, la notion de sens dans la tâche, vis-à-vis du patient et de l'équipe est prépondérante. L'objet de reconnaissance est largement associé au patient et au retour qu'il peut transmettre et à l'équipe dans l'approbation et l'association qu'elle génère dans l'exercice de la fonction. Il s'agit de la conception humaniste et existentielle détaillée selon BOURCIER et PALOBART⁷¹ qui s'établit par la mise en lien des personnes au sein de la structure, donnant du sens aux actions. La psychodynamique du travail est également citée au

⁷¹ Page 35-36 : *Cadre de référence.*

travers du jugement de beauté et d'utilité. Seul une AS établit un lien avec la rémunération, mais à aucun moment le salaire est clairement évoqué comme outil de reconnaissance. Il semble donc que les AS définissent la reconnaissance au travers de lien tissés avec le patient, ce qui donne du sens au travail. L'équipe permet la construction du concept d'appartenance. Cependant, la dynamique d'équipe est cantonnée et associée à l'IDE majoritairement et / ou quelques médecins. Seules, 2 AS évoquent les autres corps de métier paramédicaux.

Découvrons, si les AS se sentent reconnues ?

Majoritairement, elles se sentent reconnues, puisqu'une seule éprouve un manque de reconnaissance. Les réponses, sont très explicites. *« Oui, oui, je me sens reconnue. » « Ah complètement » « Je suis reconnue »*. Certaines réponses sont nuancées, malgré tout : *« Je ne suis pas reconnue par tout le monde »* ou *« Après, c'est vrai que ...il y a quand même certains médecins, surtout les chirurgiens.... »* Les manques de reconnaissance concernent spécifiquement deux catégories professionnelles : les cadres de santé et les médecins. Les collègues représentent donc, le point d'ancrage et impulse le fait d'être reconnu. Les médecins et les cadres semblent donc être les personnes manquantes au tableau du concept de reconnaissance. Les réponses sont explicites : *« Non pour quelques médecins, parce qu'on se fait engueuler tout le temps »* et *« pour la cadre, parce que quand on est en arrêt, soit on nous dit directement que l'on bouleverse toute l'équipe...et quand on a un souci, on n'est plus rien »*. Est ajouté au propos : *« C'est important pour un cadre de reconnaître le travail de l'équipe. »*. Une seule AS affirme un manque de reconnaissance vis-à-vis des IDE : *« Pas très reconnue par les IDE parce qu'on nous prend pour ... »*.

Les AS se sentent globalement reconnues puisque trois d'entre elles affirment cette reconnaissance. Ce qui m'interpelle, c'est qu'à aucun moment le cadre est mentionné, ou s'il l'est, c'est pour critiquer son manque de reconnaissance. Est-ce un oubli, ou une absence de donnée clairement objectivée pour venir appuyer et montrer un certain désintérêt ?

Je vais donc vous énoncer dans un 1^{er} temps, les moyens de reconnaissance retenus par les AS et les bénéfices apportés. Et les manques et les solutions proposées pour palier à ce manque de reconnaissance.

Il semble, que le fait d'être utile, la reconnaissance de leur savoir-faire, l'intérêt de l'équipe portée à leur égard et la confiance qu'elle leur accorde soient les signes d'une reconnaissance avérée. Nous retrouvons donc les différentes démarches conceptuelles⁷² de la reconnaissance énoncées dans le cadre de référence. La conception humaniste et existentielle, la psychodynamique du travail et l'approche comportementaliste. L'intérêt des médecins, l'implication au sein du groupe, et la place qu'il leur est octroyé sont les éléments favorisant cette reconnaissance. « *Les IDE par leur confiance qu'elles m'accordent.* » « *Des détails qui paraissent complètement anodins, mais qui sont importants* », « *Par les patients....on parle de nous* ». L'ambiance au sein de l'équipe semble être un facteur clé de reconnaissance. « *Le fait que les choses se passent bien et que l'on avance tous bien dans le même sens* ». Les valorisations exprimées à leur égard de la part de l'équipe renforcent visiblement le concept. « *Les compliments de votre collègue infirmier ou collègue médecin* ». La bonne prise en charge d'un patient favorise et appuie la reconnaissance. « *Et pour les patients, tout s'est bien passé, elle est là la reconnaissance* ». Ces différentes marques de reconnaissance impulsent le bien-être, la motivation et la performance. « *Cela apporte du bien-être, de l'envie.* », « *ça donne envie d'avancer* », « *Quand on est bien, on fait bien.* »

Pour celle, qui affirme et ressent un manque de reconnaissance, vis-à-vis du cadre et de certains médecins, elle explique et énonce, un manque d'intérêt porté et une communication inadaptée. « *Rien que la parole, ça ferait beaucoup de choses, je pense qu'il y a un manque de communication* », « *D'abord, la communication avec la cadre, il faut qu'elle soit une médiatrice* ».et elle exprime clairement ce qu'elle ressent à cette instant. « *Quand on est dégoutée, on n'a pas envie de donner plus, on ne s'investit pas* ». « *Le cadre, c'est la tête de l'équipe* ».

⁷² Pages 35 et 36: Cadre de référence.

Les éléments explicités représentent les différents moyens et processus élaborés par Christophe DEJOURS⁷³ Nous retrouvons dans les différents exposés, les formes de la reconnaissance⁷⁴, les niveaux⁷⁵ et les outils qui permettent de faire naître cette reconnaissance.

Je souhaitais donc au travers de mes entretiens, étudier le concept de reconnaissance auprès des aides-soignants et y apporter une réponse. La population AS interviewée semble majoritairement reconnue par ses pairs, entraînant un bien-être au travail et insufflant ainsi la motivation et l'envie d'avancer. Cependant, Ils ne se sentent pas reconnus auprès de certains médecins, et des cadres de santé. Je peux donc par le biais des réponses apportées à mes questions, affirmer ma 1^{ère} hypothèse et ainsi dire que la profession AS est globalement reconnue

Je vais à présent tenter de cerner et vous retranscrire la vision du cadre de santé face à ce concept de reconnaissance. Est-il en adéquation avec les dires des AS ? Et pense-t-il posséder des leviers influençant ce concept de reconnaissance ?

⁷³ Pages 36: *Cadre de référence.*

⁷⁴ Pages 35-36: *Cadre de référence*

⁷⁵ Pages 37: *Cadre de référence.*

4.2 Les cadres de santé

4.2.1 Profil des cadres et biographies

L'ensemble des personnes entendues sont des femmes. Leurs âges se situent entre 47 et 58 ans. Elles possèdent toutes une expertise avérée du métier de cadre de santé, puisque leur ancienneté s'échelonne de 9 à 23 ans. Toutes issues de la filière infirmière, aucune d'entre elles n'a exercées la profession d'aide-soignante.

Voyons, si de leur point de vue, l'équipe qu'elles encadrent, possède l'esprit d'équipe et si le binôme AS-IDE est en place ?

4.2.2 L'esprit d'équipe des AS vu par les cadres de santé

Trois cadres de santé évoquent la présence d'un esprit d'équipe qu'elles argumentent par le fait de voir l'équipe travailler ensemble, et une bonne entente entre agents. « *C'est parce qu'elles travaillent ensemble* ». « *Je dirais que d'une manière générale, ils ont l'esprit d'équipe* ». « *Ils s'entendent bien entre eux, il n'y a pas de soucis particuliers* ». Il semble cependant que cette notion soit nuancée, par une représentation de l'esprit d'équipe différente en fonction des personnes avec un esprit collectif prononcé et compartimenté. Seul une cadre exprime un manque d'esprit d'équipe, qu'elle justifie par une différence de point de vue entre elle et l'équipe. « *Alors, pour moi non, quand je suis arrivée dans le service, dans ma définition de l'équipe, il n'y avait pas d'équipe. Pour elles, elles sont en équipe, nous n'avons pas la même définition* ». Selon la cadre, le travail d'équipe est une collaboration de travail, qui touche l'organisation des soins, et une présence au travail. L'esprit d'équipe selon les AS vu par la cadre sous-entend une bonne entente et une certaine intimité. Or si nous croisons les données exprimées par les AS, l'esprit d'équipe est effectivement associé à la bonne entente, mais également à la fluidité et la collaboration interdisciplinaire. De plus, une des cadres, énonce clairement la présence d'un esprit d'équipe, mais compartimenté en fonction du grade et du métier. « *Alors pour moi, entre infirmiers, ils ont l'esprit*

d'équipe. Entre aides-soignantes, un peu moins. Dans la même corporation, ils ont l'esprit d'équipe. »

Nous décelons donc, une différence notable de représentations entre l'équipe d'encadrement et la catégorie des aides-soignants. Les AS se sentent clairement appartenir à une équipe, alors qu'une partie du collectif cadre semble plus mitigée, et n'affirme pas aussi clairement cette notion comme acquise. Or, l'appartenance à une équipe présente l'un des préceptes essentiels à la reconnaissance. Ne voyons-nous pas une dichotomie émerger ?

Voyons, maintenant, si le binôme AS-IDE est en place au sein des structures ou exercent les cadres de santé interrogés.

4.2.3 La notion d'appartenance des AS au sein d'une équipe pluridisciplinaire vue par les cadres de santé.

Globalement, les cadres expriment une absence de binôme AS-IDE à leur arrivée dans le service. Chacune d'entre elles, énoncent fermement la primordialité du binôme. Elles exposent les freins rencontrés suite aux personnalités et aux transformations structurelles *« Alors quand je suis arrivée, elles ne travaillaient pas en binôme, chacun avait sa tâche »*. Les cadres de santé, comme les aides-soignantes, valorisent et priorisent cette procédure organisationnelle. Mais un écart conséquent subsiste, car pour les AS, le binôme est clairement en place, alors que pour les cadres, il reste à valoriser. Une vision différente notable est clairement exprimée. Ce qui est surprenant, c'est que l'ensemble du collectif cadre expose un travail avéré en pluridisciplinarité et une appartenance sans équivoque au groupe des soignants. Or le travail en pluridisciplinarité ne laisse-t-il pas implicitement présager un esprit d'équipe ?

Il semble donc, que les cadres ne soient pas totalement satisfaites et remettent en cause certains fonctionnements organisationnels, et plus spécifiquement, un travail en binôme faiblement implanté. Selon les cadres, l'intégration d'un binôme permet de valoriser le travail des aides-soignants. Or ce choix organisationnel induit et favorise 4 niveaux du concept de reconnaissance. En effet, il favorise l'expression de la reconnaissance

exprimée entre pairs et collègue. Il s'agit du niveau horizontal. Le binôme affecte et attire à la prestation en impliquant les patients. C'est le niveau externe qui est alors exprimé. Le niveau social représente la valorisation de l'utilité sociale et la construction sociale du métier. Là encore la mise en place du binôme facilite la représentation de ce niveau. Enfin, deux niveaux de reconnaissance semblent manquer. Il s'agit du niveau institutionnel et vertical. Les politiques et les programmes établis se trouvent en inadéquation avec les valeurs revendiquées par les professionnels et la reconnaissance entre gestionnaires et employés semble faire défaut entraînant un manque de considération et donc de reconnaissance. La reconnaissance institutionnelle est appauvrie et clairement exprimée par les cadres. Cependant, les différentes formes de reconnaissance sont clairement revendiquées. En effet, l'identité propre et individuelle est exprimée. La reconnaissance à travers la pratique de travail par le biais des compétences acquises et les qualités professionnelles sont explicitées. L'investissement, déployé est énoncé. Enfin, l'efficacité et la notion du travail bien fait représente une finalité qui est largement citée. Le binôme agit au sein des différents niveaux de la reconnaissance, il induit et favorise la mise en place de ces différentes formes.

4.2.4 Le concept de reconnaissance selon les cadres de santé.

Il me paraît essentiel de prendre connaissance du point de vue de l'équipe d'encadrement au sujet du concept de reconnaissance. Quelles sont leurs représentations ?

La reconnaissance est associée au travail bien fait, aux compétences acquises et validées par les pairs. C'est le fait de mettre en pratique, un diplôme, et exercer correctement son travail. *«C'est savoir reconnaître les compétences d'un professionnel» «J'ai un diplôme, je le mets en pratique, je le fais bien. Je vais jusqu'au bout de ce que je peux faire et je suis satisfait et j'attends que les autres me reconnaissent»* Elle est également individuelle et s'apparente à l'intérêt que l'on porte à quelqu'un, et la place qu'on lui donne. *«La reconnaissance, est tout d'abord personnelle».* *«C'est quand je dis les choses et que je suis écoutée»* Mais c'est également selon certains cadres, la prise en

soin des patients et leur satisfaction. «Que les patients soient contents de leur séjour» «Que l'on s'occupera bien d'eux ».

Nous retrouvons donc au sein des différentes définitions proposées, des valeurs et des termes communs. Le concept de reconnaissance est donc entendu et définit de manière semblable, quel que soit le statut. Au regard de mon cadre de référence, en ressort les différentes formes et les niveaux. *«S'il est important...ah complètement..» « Parce que ça permet d'avancer». «Oui, ça fait partie du bien-être et de la qualité au travail...sinon on va versJe ne parlerai pas de maltraitance, mais si pourquoi pas, on peut parler de maltraitance.» «C'est plus qu'important, ça fait partie de notre métier, c'est lui donner une certaine valeur ».* Un élément important et récurrent me paraît essentiel, c'est l'expression de certains cadres, au sujet de leur propre reconnaissance, alors que je ne l'ai absolument pas formulée. J'ai identifié un manque de reconnaissance clairement exprimé. *« La reconnaissance pour moi, je vais le dire clairement, même moi j'ai du mal à savoir si j'ai été reconnue par mon N+1.» «Je doute» «on ne sait jamais si tout va bien». «Moi de toutes façons, je n'attends plus de reconnaissance, parce que je trouve de toutes façons, au niveau de l'institution, on n'en n'a pas. ».*Le niveau institutionnel ainsi que le niveau vertical est là encore manquant et il est clair, que les cadres semblent compenser ce manque par le biais des autres niveaux. Or ils se trouvent tous complémentaires et interdépendants. Un manquement entraîne un désordre et impacte directement sur le concept dans son intégralité. Ce manque de reconnaissance hiérarchique institutionnelle exprimé, semble se compenser par d'autres moyens, et auprès d'autres personnes, tels que les patients et l'équipe qu'elles encadrent. *« Elles essaient de faire ce que je leur demande. Elles disent, on va réfléchir, on va essayer de travailler et de faire de façons, à améliorer les choses. Donc, je me dis que j'ai de la reconnaissance ».*Toutefois, je m'interroge sur leur propre reconnaissance

La reconnaissance est primordiale et l'être humain tente, recherche et met en œuvre de nombreuses stratégies lui permettant d'atteindre un degré de satisfaction. Comme le démontre Maslow⁷⁶, le besoin de reconnaissance est placé en haut de la pyramide et s'associe au besoin d'être estimé. Il favorise la

⁷⁶ Page 40: Cadre de référence.

confiance et le respect, préceptes éminemment précieux. Les dires traduits se trouvent donc en totale adéquation avec les notions dictés et démontrés par les auteurs.

Voyons comment les cadres de santé évaluent le degré de reconnaissance des AS, d'une manière générale puis spécifique au sein de leur structure et concernant leur équipe ?

Suite à cette question, plusieurs réponses émergent. Globalement, les cadres interrogés pensent que les AS de leur service sont reconnus. Mais trois d'entre elles, pensent qu'elles manquent de reconnaissance, et qu'elles sont en recherche de reconnaissance. Seule, une cadre exprime un non franc explicite et argumenté. *« Non, elles ont un gros souci de reconnaissance justement » « elles disent qu'elles ne sont là que pour être les petites mains des IDE ; » « Elles ont l'impression de ne pas avoir leur mot à dire pour un patient. »* Ce verbatim vient clairement contre argumenter les dires des AS avec qui je me suis entretenue, et qui expriment un sentiment de reconnaissance avéré. Je m'interroge et met en lien l'absence de binôme et la demande des AS exerçant dans le service ou cette cadre exerce, et un binôme établi intégré au sein des services ou exercent les AS interrogées. Le binôme ne serait-il pas un mode organisationnel pertinent et essentiel pour influencer sur le concept de reconnaissance ? En effet, les AS travaillant en étroite collaboration et en coordination se sentent plus reconnues que celles exerçant seules leurs tâches. Nous pouvons donc affirmer l'importance de l'implantation d'un binôme pour favoriser la reconnaissance.

Je souhaite également mettre en lien le manque de reconnaissance évoqué par certaines AS vis-à-vis du cadre, et celui du cadre vis-à-vis de sa hiérarchie. Le ressenti est similaire et les attitudes compensatoires mis en place sont identiquement les mêmes. Les AS vont compenser ce manque par une implication et une recherche auprès de l'équipe et des patients. Le processus est le même chez les cadres de santé. Quoi qu'il en soit, le concept de reconnaissance est recherché et partiellement trouvé.

Là encore, les auteurs sur lequel je m'appuie viennent valider cette théorie. Ce mode de fonctionnement est flagrant au sein de la structure hospitalière. La psychodynamique du travail représente la 3^{ème} conception de la reconnaissance. Elle est divisée en 2 axes : le jugement d'utilité sociale économique et technique et le jugement de beauté impulsé par les pairs qui juge la qualité du travail. Cette conception explicitée et démontrée par Christophe DEJOURS⁷⁷ est clairement exposée dans mes interviews. Ce principe conceptuel se vérifie au sein de ces deux corporations.

Il semble donc, que l'organisation de travail intégrant la mise en place d'un binôme soit un levier favorisant la reconnaissance. Mais le cadre possède-t-il d'autres leviers managériaux pour influencer sur le concept ?

4.2.5 Le management.

L'ensemble des cadres pensent posséder d'autres leviers : la formation, la délégation, la participation à de groupes de travail, mais elles s'appuient surtout sur le mode managérial.

Elles favorisent toutes, un management participatif⁷⁸ avec des modes communicationnels basés sur l'écoute, le remerciement, l'intérêt, les félicitations, le respect et l'équité. *« J'essaie de donner autant de force à la parole des AS, qu'à celle des IDE. Je ne privilégie pas plus l'IDE que l'AS. »*. *« Le travail en binôme, on les envoie aussi en formation »* *« On les implique beaucoup dans les groupes de travail...les faire participer à tout ça »* *« Il faut leur dire quand elles ont bien travaillé, il faut les féliciter, s'il y a eu des initiatives »* *« Et surtout, il faut leur dire que c'est bien »* *« Et il faut leur donner des responsabilités »* *« on délègue : par exemple, j'ai des référents tutorat pour les élèves AS »* *« La reconnaissance, fait partie du management, par nos discours, par notre façon de les encadrer »* *« Et c'est surtout le respect, parce que moi je pars du principe que l'on peut tout leur demander ou presque ,à condition que l'on est la bonne façon de dire les choses »*. *« Arriver le matin, dire bonjour individuellement en nommant la personne »* *« Leur dire, vous avez bien bossé. »*

⁷⁷Pages 35-36: Cadre de référence

⁷⁸ Page 49 : Cadre de référence.

L'ensemble des verbatim retranscrits ci-joint montre clairement l'emploi du management participatif. Il semble donc, que ce type de management favorise la reconnaissance et le bien-être au travail. L'entretien annuel d'évaluation quant à lui ne se présente pas selon les cadres comme un outil levier, mais plus comme une obligation, ayant un intérêt secondaire, de par son utilisation partielle ce qui le rend peu pertinent.

Il est je pense important au vue des propos recueillis d'effectuer une mise en lien avec les dires de certains AS. Ils expriment au sujet de leur cadre un désintérêt les concernant. Il est aisé de corréler entre eux ces dires et l'on peut décemment affirmer que le management participatif semble être le mode adapté pour favoriser la reconnaissance au travail. Cependant, les AS s'appuient et sont en demande d'un savoir être bien traitant et reconnaissant du cadre, mais elles n'énoncent pas les leviers d'implication proposés par les cadres. En effet la délégation et les responsabilités imposées par les cadres, sont vues pour les AS comme une surcharge de travail et non un levier d'implication. En effet, elles se sentent reconnues et n'éprouvent pas le besoin de s'investir davantage. Elles souhaitent être entendues, écoutées, et revalorisées par la posture et l'intérêt porté à leur égard. La charge de travail importante au sein des organisations et l'investissement donné leur semble être suffisants. Les leviers d'implication proposés sont vécus et ressentis négativement. Ne pas prendre en considération les ressentis des AS risque de dégrader l'ambiance au travail et entraîner des dommages conséquents tels que les risques psycho-sociaux. C'est peut-être la raison pour laquelle les autres moyens de valorisation exploités et cités par les cadres n'apportent pas une totale satisfaction. Les AS se sentent globalement reconnus alors que les cadres affirment un manque de reconnaissance. Cette différenciation crée un écart, et un sentiment opposé. Les AS revendiquent un travail en pluridisciplinarité, un binôme et une collaboration installée. A l'inverse, le cadre tente d'élaborer ce travail en binôme et recherche des leviers d'implication, alors que les AS se sentent totalement investies dans le processus de soins. Les points d'appuis son placer à un curseur différent, ce qui explique cet écart et ces incompréhensions. Pourtant, les définitions du concept de reconnaissance sont similaires et la notion d'appartenance à

l'équipe est clairement explicite et actée. De plus, les AS sont reconnus par leurs pairs mais expriment un besoin de reconnaissance hiérarchique. L'attente et la demande sont donc les mêmes.

Les méthodes managériales employées semblent aller dans le sens des demandes des AS. Espérons que le management, puisse définitivement assoir une reconnaissance mitigée. Le slow- management⁷⁹ énoncé dans mon cadre de référence représente à mon sens un nouveau mode qu'il est pertinent d'explorer et peut totalement être transposé au sein de l'institution hospitalière. Le cadre de santé se doit de favoriser et d'accompagner son équipe et favoriser et développer le bien-être au travail. Les échanges directs, l'écoute l'attention sont des vecteurs appropriés, privilégiés et demandés par les AS de la part de leur cadre. Le slow-management est pour moi une perspective intéressante qu'il est nécessaire d'utiliser.

Je me questionne cependant, au vue des résultats obtenus, sur la capacité réelle des cadres à valoriser les membres de leur équipe lorsque les cadres eux-mêmes se sentent dévaluer par l'institution. ? Ne serait ce pas pertinent d'aller comprendre le processus de reconnaissance utilisé par les cadres eux-mêmes et ainsi explorer les méthodes et outils employés par leur N+1 et la sphère hiérarchique supérieure ? De plus, lors de mon expérience, j'ai à plusieurs reprises entendue des cadres de santé se plaindre du manque d'intérêt porté à leur égard vis-à-vis de la direction et de l'équipe médicale. Ce sentiment exprimé n'influe-t-il pas sur le sens même du cadre et son utilité comme l'expose très clairement les sociologues sur lesquels je me suis appuyée qui exposent très clairement les dangers lorsque le concept de reconnaissance n'est pas intégré au sein de la sphère professionnel. Le cadre n'a -t-il pas un travail de lien peu visible impactant directement sur le sens qu'il donne à son métier et les biais qu'il possède pour accéder malgré tout à un travail de qualité empreint d'une reconnaissance ?

Je souhaitais donc au travers de mes entretiens prendre connaissance des représentations des cadres de santé au sujet du concept de reconnaissance et

⁷⁹ Pages 49-50: *Cadre de référence*.

ainsi savoir s'ils possédaient de réels leviers managériaux pour favoriser la reconnaissance. Il semble que le cadre possède de réels moyens qui permettent de favoriser et faciliter la reconnaissance au travail. Ils énoncent et appliquent un management participatif, valorisent la délégation, et expriment le souhait de mettre en œuvre un binôme. Je peux donc affirmer ma seconde hypothèse, et ainsi valider la possession de différents leviers managériaux qui permettent d'influer directement sur le concept de reconnaissance.

4.3 Synthèse

Au vue de l'étude qualitative exercée auprès des AS puis des cadres de santé, des réponses émergent. Je peux à présent répondre aux deux hypothèses posées. .

J'infirme tout d'abord ma 1^{ère} hypothèse dans laquelle j'énonçais un manque de reconnaissance vécu par la corporation AS au sein de leur structure d'exercice. En effet, les AS affirment globalement une reconnaissance avérée qu'elles revendiquent par l'adhésion et l'appartenance à l'équipe, mais également par un travail en binôme intégré et opérationnel. De plus cette reconnaissance s'appuie également par une écoute, une attention et une collaboration active avec l'ensemble des professionnels du service. Elles exposent leur sentiment d'utilité et du travail bien fait récompensés par les remerciements et les considérations reçues de la part des patients qui leur donnent alors l'envie de continuer et d'avancer. Néanmoins, elles énoncent un manque d'intérêt et de considération de la part des cadres de santé et auprès de certains médecins. Les AS atteignent donc la plupart des formes et des niveaux de reconnaissance. Ainsi cette sensation d'appartenance et d'esprit d'équipe est majoritairement privilégiée, influe et favorise le concept de reconnaissance. Les AS se sentent donc globalement reconnues.

Je valide ensuite ma 2^{nde} hypothèse, dans laquelle j'énonçais le fait que les cadres possédaient des leviers managériaux influents auprès des AS, favorisant ainsi la reconnaissance. Les cadres au travers de leurs exposés, m'énoncent un ensemble de moyens, favorisant le concept de reconnaissance. Elles, privilégient spécifiquement un management participatif ainsi que la mise en place d'un binôme AS-IDE. Ces leviers sont selon elles, essentiels et primordiaux. Néanmoins, elles affirment malgré tout, une demande de reconnaissance de la part des AS. Cette affirmation se trouve être en adéquation avec les dires énoncées de la part des AS vis-à-vis de leur hiérarchie. Cependant les ressentis sont différents et les demandes et actions misent en œuvre, se trouvent implicitement inadaptées.

L'étude entreprise, m'a permis de mettre en exergue une dichotomie entre AS et cadre de santé. Les AS expriment clairement une reconnaissance avérée, et les cadres de santé affirment un manque de reconnaissance, qu'elles souhaitent annihiler par le biais de leviers managériaux tels que le management participatif, le binôme, ou encore, la délégation, et les formations. Les AS sont en demande d'écoute, d'attention et d'intérêt, mais elles n'adhèrent pas forcément à l'ensemble des leviers proposés par les cadres. Pourquoi ? La communication directe ne permettrait elle pas d'enrayer cette divergence ? Les cadres seraient alors en capacité de répondre aux demandes des AS, et ainsi mettre en actions les leviers adaptés favorisant le bien-être au travail et la motivation. Le slow-management à mon sens permettrait d'introduire un mode communicationnel de qualité favorisant l'écoute la bienveillance et surtout l'intérêt que les AS attendent de la part de leur supérieur. De plus, ce management se trouve en totale cohérence au sein d'une institution, où les valeurs humaines et le bien être priment encore sur tout le reste malgré de nombreuses contingences. Est-ce possible d'apporter et de proposer des soins de qualité, lorsque l'employé lui-même n'exerce pas dans un environnement empreint de respect et de considération ? Le slow-management est un moyen d'implanter cette culture du bien-être au travail.

Conclusion

Ce travail de recherche fut pour moi une expérience forte enrichissante.

Mon observation et mon ressenti vis-à-vis de mes collègues aides-soignants puis des promotions que j'ai accompagné, m'ont implicitement poussé à comprendre et rechercher les causes de ce manque de reconnaissance exprimé.

Mes lectures m'ont permis de comprendre et d'intégrer différents concepts essentiels à la compréhension du sujet, mais plus spécifiquement, le processus de mise en place du concept de reconnaissance. J'ai pu alors faire le lien de causes à effet.

L'année passée au sein de l'IFCS m'a permis d'apprendre et d'intégrer une multitude de données primordiales à l'exercice de ma future fonction. Plus spécifiquement, les différents leviers managériaux existants, les rôles du cadre et les modes de management qu'il est possible d'employer.

Les rencontres d'experts bienveillants et constamment présents m'ont confortés dans l'idée que l'attention, l'écoute et le professionnalisme favorisent et implantent l'envie et la motivation.

Mes rencontres auprès de professionnels lors de mon enquête m'ont permis de mesurer les avancées et les évolutions du concept de reconnaissance vis-à-vis des AS. Mais ces rencontres ont laissé émerger de nouveaux biais qui demanderaient à être explorés. J'ai alors pu infirmer un manque de reconnaissance contre une reconnaissance avérée exprimée de la part des AS, mais affirmer la possession de leviers managériaux pour les cadres influant considérablement sur le concept de reconnaissance et donc le bien-être au travail.

Je n'ai cependant pu m'entretenir auprès d'AS exerçant au sein de services gériatriques qui me semblent auraient été forts intéressants et instructifs. De

plus les cadres interrogés exerçaient au sein d'une même institution publique. J'aurai souhaité m'entretenir auprès de cadres exerçant en service de gériatrie, psychiatrie et structures privées. Ainsi mon analyse aurait été à mon sens plus exhaustive.

Je peux clairement énoncer l'atteinte de mes objectifs. En effet, je souhaitais aller à l'encontre d'une catégorie socio-professionnelle primordiale pour l'hôpital et ainsi mesurer leur degré de reconnaissance. Je souhaitais également prendre note des différents moyens et leviers managériaux. Ils me permettront alors, de conduire et d'accompagner une équipe avec bienveillance et humanité en adéquation avec des valeurs qui sont les miennes et à laquelle je ne souhaite en aucun déroger.

Parce que je pense qu'il est fondamentalement essentiel de prendre soin de l'autre pour le faire avancer et évoluer. Etre cadre de santé, c'est avant tout conduire, accompagner, écouter conseiller, et diriger avec bienveillance, patience et humilité. Et ce n'est à mon sens seulement qu'à ce prix, que l'atteinte de la performance est envisageable.

Bibliographies.

Ouvrages

- Henry MINTZBERG *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre* », Edition d'organisation, paris, 2006, pages.283.
- Claude DUBAR *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Collection U 5^{ème} édition Editeur : Armand COLIN Mai 2015. 243 Pages.
- Anne-Marie ARBORIO. *Un personnel invisible: Les aides-soignantes à l'hôpital*. 2^{ème} édition. Editeur: ECONOMICA Anthropos 2012, Pages.334.
- Claude DUBAR. *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Editeur : PUF Mai 2012, Pages 239.

Sitographie.

- Didier ANZIEU, Jacques-Yves MARTIN *La dynamique des groupes restreints*. Fiche de lecture de Nathalie Augustin.2003
- Fédération de l'hospitalisation privée. *Etat des lieux chiffré de la formation et de la population en exercice des aides-soignants diplômés d'état*. Direction des ressources humaines mars 2011.
- Philippe CHARRE. Mémoire EHESP : *La construction et la reconnaissance de l'identité professionnelle aide-soignante : levier de collaboration des Directions des soins Gestion et Formation*.
- Jacques LAMBERT *L'impact de l'incertitude sur le rapport au travail*. Blog de Jacques Lambert: *nouvelle.donne.generationnelle overblog.com* consulté le 03/02/2016
- VAP-Paris-IAE de paris. *www.iae-paris.com* Consulté le 04/02/2016
- Mireille BARTHOD sociologue enseignant à l'INSEEC Business_School. RH management: *Trois attitudes à adopter pour développer le slow-management dans votre entreprise*. (Le 24/04/2015). *www.chefdentreprise.com*. Consulté le 04/02/2016

- Aurélia BELKHIRI Art : *Aides-soignantes: un métier toujours dévalorisé et occulté malgré des taches valorisées et aussi réalisées par d'autres professionnels*. Presse universitaire de perpignan, 2008. www.openedition.org/6540. Consulté le 03/01/2016

Textes législatifs.

- www.legifrance.gouv.fr.

Supports théoriques

- Morgane LE GAL *La démarche compétence 1/2 et 2/2*, Master1 en management et organisation des soins.
- Antoine PANNAFORTE. *La GPEC Orientation RH et plus*, Master1 Direction d'établissement de santé, Dispensé le 28/11/2013.
- Antoine PENNAFORTE. GRH et Management, Master 1 Direction d'établissement de santé, dispensé le 07/11/2013.
- Patrick FARNAULT. *Les postures managériales: Evolutions des compétences d'encadrement*. Master 1 en management et organisation des soins. Dispensé le 07/12/2015.
- Patrick FARNAULT. *Les différents modes managériaux* Master 1 en management et organisation des soins.
- Patrick FARNAULT. *Attitudes managériales : La notion de leadership*. Master 1 en management et organisation des soins.

Vidéos

- Christophe DEJOURS. *J'ai très mal au travail (3/12) La centralité du travail dans la construction de l'identité : 2. La question de la reconnaissance*. You Tube 2012.
- Florence OSTY. *Collectif, métier et reconnaissance au travail*, www.youtube.fr 26/11/2015.

Table des annexes

Annexe I : Grille d'entretien semi directive aides-soignants.

Annexe II : Grille d'entretien semi directive cadre de santé.

Annexe III : Retranscription des entretiens semis-directifs des aides-soignants.

Annexe IV: Retranscription des entretiens semis-directifs des cadres de santé.

Annexe 1 : La grille d'entretien aide-soignant.

GRILLE D'ENTRETIEN AIDE-SOIGNANT.

1- Pouvez-vous m'énoncer votre parcours professionnel ?

Avez-vous travaillé dans un autre domaine que celui de la santé ?

Depuis quand êtes-vous diplômé ?

Quelle formation avez-vous reçue ? (DEAS-CAFAS-DPAS)

(formation longue ou modulaire)

2- Vous sentez-vous appartenir à une équipe ?

Si oui laquelle ? (AS seulement, pluridisciplinaire...)

Si non pourquoi ?

3- Est-ce important selon vous d'appartenir à une équipe ?

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

4- Que signifie pour vous le terme « reconnaissance » ?

A quoi cela vous fait penser ?

Concrètement qu'est-ce que signifie pour vous être reconnu ?

5- Vous sentez- vous reconnus dans votre profession ? (éléments sur lequel l'agent s'appuie)

6- Si oui comment et grâce à quoi ? (actions-savoirs faire-savoir être)

7- Si oui par qui ?(les personnes influentes sur le concept de reconnaissance)

8- Que vous apporte la reconnaissance ? (bienfaits ressentis ou autre)

9- Si non pourquoi ?

10- Et que faudrait-il pour que vous vous sentiez reconnu ?

11- Que vous apporterait la reconnaissance ?

Annexe 2 : Retranscription des entretiens semi-directifs des aides-soignants.

Entretien aide-soignant n°1

Il s'agit d'une femme de 42 ans.

Pouvez-vous m'énoncer votre parcours professionnel ? Ce que vous avez fait, avez-vous travaillé dans un autre domaine que la santé ? Depuis quand êtes- vous diplômés ? Quelle formation avez-vous reçu en tant qu'AS ?

« Mon parcours professionnel. Je viens de loin en fait. J'ai eu des diplômes qui n'a rien à voir avec le domaine de la santé. J'ai une licence en économie internationale. Mais ça ne m'a servi à rien au niveau professionnel, parce que je n'ai pas trouvé de travail concernant mon parcours. Donc, quand je suis arrivée, j'étais obligé d'accepter des boulots que je n'attendais pas, parce que pour la vie quoi. Pour manger. Donc, j'ai accepté de faire des petits boulots : garder des enfants, faire des inventaires, parcourir un petit peu la France, pour courir vers les entreprises. Et puis être caissière et tout ça, ça n'a rien à voir, mais c'était vital. Du coup je me suis dit, la priorité pour moi, ce sera une stabilité professionnelle et stabilité financière, car j'ai eu un enfant de 8 ans maintenant. Et du coup, j'ai fait des concours pour devenir assistante administrative. Il y avait 5000 personnes pour 100 postes et je n'ai pas été reçue. Du coup j'ai tenté beaucoup de concours et c'est au niveau de la santé pour devenir aide-soignante que j'ai pu avoir la formation par le biais du concours. J'étais pas du tout, je ne connais pas le domaine et tout ça, c'est une nouvelle chose pour moi et une grande découverte. Donc du coup, j'étais très contente d'avoir eu le concours et puis j'ai suivi une formation à Antoine Bécère en 2013. Ça fait 3 ans que je suis diplômée. Donc du coup, j'étais obligé de le faire et contente d'avoir obtenu le concours et très motivée pour faire la formation. Rire... Voilà. Et j'ai travaillé en hépato- gastro et maintenant médecine interne et j'ai trouvé la stabilité professionnelle et financière. J'ai réussi, je suis titulaire. C'était dur, et pas évident du tout mais d'avoir ma

licence m'a aidé, et je me suis aperçue que j'avais une autre vision de la situation quel que soit la situation. Et je n'ai pas du tout mis en avant, le fait que j'ai un diplôme. J'ai caché tout ça, très discrète et je me suis mis dans la peau d'un étudiant. Même départ comme tout le monde, même niveau, mais par contre sur, quand on est sur la feuille tout ça, le raisonnement n'est pas pareil. J'ai une autre vision, donc je suis contente, car c'est un point positif »

Quand vous dites « Quand je suis arrivée », c'est lorsque vous êtes arrivée en France, ou vous êtes nées en France ?

« Non, je suis arrivée en France, j'étais à Madagascar avant. La vie est instable de toute façon, et j'avais encore d'autres diplômes à Madagascar. Ma licence, je l'ai eu en France. Et pour nous, l'instabilité, c'est la règle, et la stabilité, c'est une exception. Donc du coup, pour venir ici, on est étrangère, immigrée. Après, il faut valider le diplôme. On m'a demandé lors de l'entretien du concours pourquoi faire aide-soignante ? Moi j'ai dit pour la stabilité professionnelle et financière, et c'est tout ce qu'il y a comme motivation. Mais après, j'ai dit aussi que je préfère quand le domaine est nouveau pour moi, je préfère apprendre et découvrir et faire bien et je vais peut être aimé le domaine et peut être que je pense à une évolution professionnelle après. »

Vous aimeriez faire quoi après ?

« Peut-être infirmière. »

Est-ce que vous vous sentez appartenir à une équipe ?

« Oui »

Si oui laquelle ?

« Laquelle ? »

Quand je vous dis appartenir une équipe, pour vous l'équipe c'est quoi ?

« C'est là où on est, le jour où on est, le moment où on est. Parce que je suis, j'appartiens... je suis employée de l'AP-HP. Donc on peut m'envoyer dans n'importe quel service et ce sera une équipe. Donc, le travail d'aide-soignant ne peut fonctionner sans l'équipe en fait. L'esprit d'équipe est vital. Je n'appartiens pas à l'équipe, mais à l'ensemble de l'AP-HP. Donc je suis moi-même, même si on me change de service. Ma réflexion est toujours la même et la mission est toujours la même. »

Est-ce important selon vous d'appartenir à une équipe ?

« Oui et Non. »

Alors oui pourquoi ? Et non pourquoi ?

« En fait quand on dit appartient, ça veut dire qu'il y a la notion de propriété et j'ai peur de dépendre et peur du manque après. Donc, une équipe oui on peut appartenir à une équipe mais à chaque moment, ce n'est pas une équipe. L'équipe est l'équipe c'est-à-dire que ça peut changer, mais c'est toujours une équipe. »

Les personnes peuvent changer, mais l'équipe reste ? C'est ce que vous voulez dire ?

« Voilà. Et non car ce n'est que l'esprit d'équipe qui doit rester au moins. Mais la couleur de l'équipe peut changer. Je suis toujours la même quel que soit ou je travaille. Je ne dépends pas des caractères des autres, je ne dépends pas de l'humeur des autres. Je suis là pour être professionnelle mais pas pour faire plaisir aux autres. On n'est pas là pour se faire aimer en fait. »

Que signifie pour vous le terme reconnaissance ? A quoi ça vous fait penser ? Et qu'est-ce que ça signifie pour vous d'être reconnu ?

«silence. Etre reconnu c'est qu'il y a une partie.....d'existence, on existe. Par exemple dans l'équipe, est ce que notre travail est reconnu par les autres membres de l'équipe. Est-ce que c'est gratifiant pour nous ce que nous faisons. Est-ce que l'on est compensé si jamais il y a des risques, au niveau des accidents du travail. Est-ce que l'on est reconnu ? Je ne sais pas.... »

Pour vous ça veut dire quoi ?

« Est-ce que, ce que je gagne, correspond à ce que j'ai investi. Ça aussi, au niveau de vie aussi. »

Est-ce qu'aujourd'hui dans votre profession, vous vous sentez reconnu ?

« Non pas trop. Mais moi personnellement, je pense que c'est important de se faire reconnaître. C'est important pour un cadre de reconnaître le travail de l'aide-soignant parce que c'est l'aide-soignant qui est le plus proche du patient, parce que c'est à nous qu'il confie. On peut avoir des informations très importantes auprès des patients.

Et pas très reconnu par les infirmiers parce que l'on a une autre vision différente des choses des fois. On nous prend pour Notre mission pour eux, c'est faire la toilette et donner à manger et ça s'arrête là. Mais moi, je pense que notre mission est beaucoup plus large que ça. Et la toilette corporelle est qu'une petite partie de notre mission. Donc je pense qu'il faut motiver les aides-soignants si l'équipe veut aller loin. »

Que faudrait-il pour que vous vous sentiez reconnu ?

« D'abord la communication avec la cadre. IL ne faut pas de barrières, et que la vision soit objective avec la cadre quel que soit les rumeurs à côté. Il faut que la cadre soit une vraie médiatrice. Et donc c'est indispensable que la cadre soit ouverte en fait à toute l'équipe. C'est-à-dire qu'il n'y a pas de discriminations, pour que l'équipe s'exprime facilement. Parce que si on arrive

à avoir confiance à la cadre, on arrive à exposer les problèmes et pour résoudre les problèmes, il faut qu'on puisse les déterminer d'abord. Et il faut que la cadre anime l'équipe pour que tout le monde soit reconnu, même les infirmières, pour que l'amour de notre métier naisse dans l'équipe quoi. C'est indispensable le travail d'équipe. Et il faut que la transmission soit faite par l'équipe disciplinaire, c'est-à-dire de l'aide-soignante jusqu'aux internes. C'est indispensable parce que la transmission, plus il y a d'informations, plus le soin est efficace. Et il y aura une rapidité des soins aussi. Parce que s'il manque des informations, ça traîne. »

Et que vous apporterait la reconnaissance ?

« En fait, je passe les $\frac{3}{4}$ de mon temps au travail et c'est une partie de notre vie. Et pour que l'on ne souffre pas, c'est le bonheur, il faut que ce soit gratifiant pour nous. Parce que quand je change de service, je sens une grande différence et je suis dégoûtée et quand on est dégoûté, on n'a pas envie de donner plus et on ne s'investit pas. Alors que quand on arrive à aboutir à quelque chose de positif, on a envie de revenir et pour que ça marche, il faut qu'on ait envie de revenir. La reconnaissance, ça motive, et il faut que tout le monde est le même objectif, c'est le patient. Je ne travaille pas pour l'infirmière, mais je collabore avec l'infirmière. Et une collaboration, ça veut dire que je connais mon propre rôle, prend mes responsabilités et notre rapport est indépendant et puis indispensable. C'est comme des pièces d'un puzzle et l'un ne peut fonctionner sans l'autre. Et c'est la cadre qui va être au centre, ce sera la tête de l'équipe. »

Merci beaucoup

« Je vous en prie. »

Entretien aide-soignant n°2

Il s'agit d'une femme de 30 ans.

Pouvez-vous m'énoncer votre parcours professionnel ? Depuis combien de temps exercez-vous le métier d'AS ? Avez-vous travaillé dans un autre domaine que la santé ? Et quelle formation avez-vous reçu ?

« Avant je travaillais dans la restauration, pendant 5ans. Ensuite j'ai fait ma formation d'auxiliaire de vie à domicile, j'ai travaillé 1an à domicile et ensuite j'ai passé les modules qui me manquaient à st Anne, et suis diplômée depuis 2012. Donc depuis 4ans. »

Vous sentez-vous appartenir à une équipe ?

« Oui. »

Alors laquelle ?

« L'équipe soignante du service. Que ce soit infirmière ou aides-soignantes. Enfin l'équipe quoi. »

Depuis combien de temps travaillez- vous au sein du service ?

« Depuis 2012, c'est mon 1^{er} service, mon 1^{er} poste en tant qu'AS. »

Qu'est ce qui fait que vous vous sentez appartenir à cette équipe ?

« Ben comment dire.... Pff je ne me sens pas rejeter. On discute bien, quand les choses ne vont pas, on est capable de le dire entre nous. Concernant le travail ...comment dire....on se consulte que ce soit infirmières ou aides-soignantes, il n'y a pas de problèmes je veux dire. »

Est-ce important selon vous, d'appartenir à une équipe ?

« Oui »

Pourquoi ?

« Pour le bon fonctionnement de notre métier et pour la qualité de notre travail. Et aussi comment dire, pour notre bien-être, pour nous, sinon, on n'aura pas envie de se lever le matin pour venir travailler. Je pense que la bonne humeur et le bon fonctionnement, c'est primordial. »

Que signifie pour vous, le terme reconnaissance ? A quoi cela vous fait penser ? Et concrètement, être reconnu, c'est quoi ?

« Bensilence.....ça dépend en fait ...silence...C'est quand après avoir soigné un patient et qu'après le patient nous dise merci. Merci pour tout, pour ce que vous avez fait. C'est un peu ça ouais, la personne est reconnaissante envers nous. C'est aussi savoir que j'appartiens à cette équipe. Parce que sans le métier d'aide-soignant, enfin c'est comme une chaîne. Si on n'existait pas, je pense qu'il manquerait quelque chose. Pour faire fonctionner cette chaîne, à peu près, oui. »

Vous sentez-vous reconnu dans votre profession ? Est-ce que votre profession est reconnue, selon vous ?

« Silence, je n'avais pas pensé à cette question. Oui un peu quand même. Mais pas assez. On parle surtout des infirmières pffff mais très peu de nous je trouve. »

Grace à quoi vous vous sentez un peu reconnu ?

« Ben notre savoir-faire je pense. On sert quand même à quelque chose, parce que les infirmières, elles ne peuvent pas tout faire. C'est pour les soins techniques. Nous, c'est pour l'hygiène, tout ce qui est nourriture...c'est nous.

Parce qu'elles n'ont pas trop le temps parfois. Pour le régime alimentaire, c'est surtout nous les AS. »

Par qui vous vous sentez reconnu ?

« Par les patients.....silence....Par l'équipe aussi. On ne nous met pas trop de côté, on parle de nous. »

Et qu'est-ce que ça vous apporte la reconnaissance ?

« La satisfaction, la joie de me sentir utile. Je sers quand même à quelque chose. Quand même. »

Qu'est ce qu'il faudrait pour que vous soyez totalement reconnu ?

« Je ne sais pas trop. Long silence.....Je ne sais pas trop. Qu'on parle plus de nous. Plus de reconnaissance dans nos Dans l'équipe on est reconnu mais c'est plutôt à l'extérieur. Qu'on parle plus de nous, de notre savoir-faire. »

Merci beaucoup.

De rien.

Entretien aide-soignant n°3.

Il s'agit d'une femme de 59 ans.

Pouvez- vous m'énoncer votre parcours professionnel ? Avez-vous travaillé dans un autre domaine que celui de la santé ? Depuis combien de temps êtes-vous diplômé ? Et quelle formation avez-vous reçue ?

« Alors dans un autre domaine que la santé, non. Diplômée depuis 24ans, j'ai eu le CAFAS. J'ai eu mon BEP sanitaire et social, et puis il suffisait juste que je présente ma candidature, un test, et je suis rentrée à l'école d'aides-soignants qui a duré entre neuf mois et un an. J'avais 34 ans. Parce qu'en fait, ce n'ai pas mon 1^{er} métier celui-ci. Mais c'était dans la santé quand même. J'étais, manip radio pendant 2 ans. J'ai été prise sur un remplacement congé mat qui s'est prolongé. Et après, moi j'ai arrêté, j'ai passé mon diplôme d'aide-soignante parce que problème pour avoir des enfants et c'était incompatible avec les rayons. Donc mon gynéco m'a dit soit vous arrêté, ou je ne m'occupe pas de vous. Donc, je me suis soignée, j'ai fait 2 enfants et je me suis arrêtee de travailler 11 ans. Et avant tout ça, j'étais vendeuse en pharmacie. »

Dans quels services avez-vous exercé depuis 24 ans ?

Alors, 2 ans de neurologie, 15 ans d'urgences, et ça fait 7 ans que je suis à la mater.

Vous sentez- vous appartenir à une équipe ?

« Alors dans les 3 services ou je suis passée, oui complètement. D'une part, parce que, tous les services lourds en fait sont des services, ou il y a une beaucoup plus grande solidarité entre AS-IDE surtout. On a besoin, enfin moi j'ai toujours connu comme ça. Aux urgences et en mater, on est obligé d'être soudé entre infirmières et AS parce que on travaille en binôme. Et en mater, on est que 2 dans le service le matin et 2 l'après- midi donc on n'a pas le

choix. Il faut se serrer les coudes sinon voilà. Après, ça n'empêche pas qu'on est des désaccords, mais on a une grande liberté d'expression, on peut parler, s'exprimer, j'ai toujours eu de bons contacts avec mes collègues. Moi je privilégie beaucoup le dialogue dans tout, donc moi ça passe très très bien. »

Selon vous, est-ce important, d'appartenir à une équipe ? Et pourquoi ?

« Pour moi, oui tu es obligée de faire partie d'une équipe, parce que tu ne peux pas travailler seule. Tu as des choses, si tu veux que ce soit correctement fait, si tu n'es pas à deux, ça ne peut pas être bien fait. Voilà. Et puis, il faut quand même bien connaître ses patients et si tu ne travailles pas en équipe, tu ne peux pas savoir ce qu'à fait ta collègue. Moi je m'impose tu vois, vu qu'on est 2 dans le service, et qu'il faut s'organiser rapidement. Le matin comme l'après-midi, je m'oblige à faire les transmissions par ce que c'est obligatoire. Mais surtout je m'oblige, et j'oblige toujours à faire le 1^{er} tour avec ton infirmière. Parce que tu as un aperçu du patient, ce qui fait que si ta collègue est occupée dans une chambre et qu'il y a une sonnette, et ben si cette patiente appelle et que tu l'as déjà vue, tu as un recul. Alors, que si tu ne fais pas le 1^{er} tour, tu n'as aucun recul, et tu n'apportes pas forcément le soin adapté et tu ne réponds pas forcément à la demande de la patiente. Donc, oui j'y attache une grande importance. Et si tu n'as pas ça, ça ne peut pas être top. Et de par-là, je ne peux pas être satisfaite de mon travail. Et j'ai toujours fonctionné comme ça. »

Ok. Que signifie pour vous, le terme reconnaissance ? A quoi cela vous fait penser ? Et pour vous concrètement qu'est-ce qu'être reconnu ?

« Pour moi être reconnu, c'est de voir que ce que tu fais, a un impact sur le patient. Qu'on n'est pas là que pour la figuration et en plus l'aide-soignant, sans vouloir dévaloriser l'infirmière loin de là, le patient se confie toujours à l'aide-soignante. Parce que quand tu fais la toilette là, le soin, et tout, tu t'aperçois de choses qu'elles ne te disent pas à l'infirmière qui fait que des

soins techniques la plupart du temps. Alors après, c'est vrai que tu as le relationnel qu'elles installent, mais il est moins, elles le disent elles –même que nous on leur apporte beaucoup de choses qu'elles n'ont pu apprendre. Même les médecins en gynéco et même aux urgences, ils passaient toujours par nous avant, parce que l'infirmière aux urgences, elle passait de box en box, elle piquait et nous on avait tout à préparer et c'est vrai, qu'elles reconnaissent que. Si tu veux ils savaient faire la distinction entre les demandes de soins à l'un ou à l'autre. Mais ne différenciaient pas forcément AS-IDE. Pour eux, on était des soignants tu vois. »

D'accord. Et si vous deviez me donner une définition de reconnaissance ?

« Alors au niveau aide-soignant, la reconnaissance, c'est de voir que l'on apporte des soins, même si ce ne sont pas des soins techniques mais qu'on apporte des soins de confort, le relationnel, ce qui permet que les patients peuvent passer un autre cap dans la maladie plus facilement. Quand on leur explique plein de choses dans des tâches quotidiennes, la toilette, les repas. »

Vous sentez-vous reconnu dans votre profession ?

« Oui oui, moi je me sens bien reconnue. Après, c'est vrai que, il y a quand même certain médecins, surtout les chirurgiens qui ..., ceux qui sont déjà plus jeunes. Ceux qui sont dans mes âges ou 10 ans de moins nous reconnaissent davantage. Mais je pense, qu'après, les jeunes médecins, ceux qui ont l'âge de mes enfants, eux c'est parce qu'ils ont peur et nous accordent pas une confiance totale. Il faut le temps, pour que ça s'installe si tu veux. »

Comment vous sentez-vous reconnue ? Et grâce à quoi ?

« Moi c'est parce que dans le service où je suis là. C'est parce que souvent les médecins quand ils viennent faire la visite le matin, ils s'adressent aussi bien à l'infirmière et l'aide-soignante pour savoir comment s'est passé leur matinée, à partir du moment où avant de faire la visite, voir comment elle est, si ça s'est bien passé, si elle a parlé. Parce que nous, il y a des annonces de

cancers, des mastectomies. Donc c'est assez difficile donc voir comment elles ont pris la chose au réveil après l'intervention par exemple. Ils nous demandent la réaction de la personne. Aussi bien l'aide-soignante que l'infirmière. Comment elle a été au moment de sa toilette quand elle s'est vue devant la glace avec un sein en moins. C'est à nous qu'ils demandent ça tu vois. Donc, je pense être reconnue parce qu'ils viennent le demander. S'ils ne me parlaient pas voilà. Parce que les annonces de néo, ce n'est pas évident. »

Donc par qui vous sentez-vous reconnue ? Les médecins ?

Mes collègues et les médecins.

Comment vous sentez-vous reconnue par vos collègues ?

« Les IDE, Par leur confiance qu'elles m'accordent. Elles nous font confiance, elles viennent, nous demandent des trucs, elles me demandent : tu crois que je peux aller dans sa chambre maintenant. Ou tu vois des petits trucs, des détails qui paraissent complètement anodins, mais qui sont importants. Elles me demandent comment est la patiente ? Comment je peux aborder tel ou tel sujet avec elle pour faire le pansement par exemple. Il y a un vrai binôme. Et de toute façon, on n'a pas le choix, on est 2 et on a 17 patients. Donc on essaie de toujours travailler ensemble. »

Que vous apporte cette reconnaissance ?

« Ça te donne envie d'avancer et puis de transposer aussi à mes jeunes collègues tu vois. Il y en a qui débutent juste, elles ont besoin de petits détails qui ne sont pas très très important comme ça, mais qui peuvent les aider. Ce n'est pas toujours évident de prendre des gens qui sont mutilés du jour au lendemain. Donc, souvent, elles s'en réfèrent à des nanas qui sont là depuis plus longtemps qu'elles, aussi bien par l'âge, que le temps d'existence dans le service. J'ai de la chance, dans tous les services où je suis passée, j'ai toujours eu un très bon relationnel avec mes collègues, avec les cadres. Là, c'est juste la 1^{ère} fois que j'ai eu une accroche avec une cadre mais voilà. Mais autrement non. »

Vous évoquez les cadres en guise de conclusion, alors que vous ne l'avez mentionné à aucun autre moment de l'entretien ? Cela est justifié ? Ou il y a-t-il une raison particulière ?

« C'est parce que pour moi, elle ne rentre pas dans mon cadre, et ne m'empêcheront pas de faire mon boulot voilà. Elles ne vont pas me l'apprendre, car ce sont toutes des plus jeunes et ce sont des sages-femmes en plus car je suis dans un service de gynéco. Elles ne peuvent pas se permettre de nous donner des conseils parce qu'elles ne connaissent pas notre boulot. C'est la raison pour laquelle je m'étais rembrouée avec cette cadre, parce qu'elle voulait m'apprendre mon boulot et voilà. Il y a des choses qui sont possibles et d'autres, il faut arrêter quoi. Par contre, quand c'était un cadre infirmier, ça s'est très bien passé. Parce qu'il connaît les soins. Il sait que pour un soin quand on prenait 40 minutes, c'était justifié. Alors que les cadres sage-femme nous demandaient de faire le même soin en 20 minutes. Donc chose que je lui ai expliqué .Or elle nous demandait d'abrégé les soins pour dégager des soins pour que les filles d'après- midi aient moins de travail. Mais nous les soins, on ne les fait pas à la chaine, on essaie d'être humain donc c'est là-dessus que ça a coïncé. Alors que le cadre infirmier savait de quoi on parlait, il n'avait pas peur de prendre un chariot de soin, et de nous aider à faire un soin, s'il voyait que ça bousculait. Cadre sage-femme on ne peut pas lui demander ça, elle ne sait pas les faire. Mais par contre elle se permettait de nous donner des conseils sur les soins. Donc tu vois le problème était là. C'est certainement une très bonne sage-femme, mais nous, il nous faudrait un cadre infirmier. »

Est-ce que le cadre possède selon vous des moyens pour favoriser encore davantage la reconnaissance ?

« Oui, l'ancien cadre infirmier a instauré des protocoles sur lequel on se base bien et que la cadre sage-femme ne peut pas contre carré ce truc-là. Et c'est vrai que lui, nous a beaucoup apporté. Il est resté 8 mois, on a pu instaurer de choses et c'est nous qui l'avons demandé. Et on a montré aux médecins que

c'était important d'avoir un cadre pour pouvoir instaurer ces choses. Mais franchement je me demande ce qu'une cadre sage-femme fait chez nous à part pour faire nos plannings et gérer les problèmes des élèves ; Si on a un problème technique ou relationnel, on n'ira pas lui demander. On va se débrouiller entre nous, on va essayer de discuter d'un cas concret d'une patiente et puis on va dire bon allez, qu'est-ce qu'on fait pour elle pour améliorer. On reconnaît qu'elle s'intéresse à nous, elle nous soutient quand on n'a pas le moral. Alors qu'un besoin sur les soins on ne peut pas, elle ne sait pas. Elle ne peut pas. Elle ne connaît pas notre travail. Alors on s'appuie sur les médecins mais ils nous répondent « faites comme vous avez l'habitude de faire ». Donc on se retrouve seules. Mais elle n'y est pour rien. Un cadre infirmier, ce serait apaisant pour nous, parce qu'on aurait quelqu'un à qui se référer. »

Merci beaucoup

De rien Madame.

Entretien aide-soignant n°4

Il s'agit d'une femme de 51 ans.

Pouvez- vous m'énoncer votre parcours professionnel ?

« Alors, parcours professionnel : début de carrière en réanimation à Versailles en 86, année où j'ai eu le diplôme. Ensuite service de chirurgie viscérale vasculaire à l'hôpital Val de Grace sur Paris ; ensuite chirurgie vasculaire hôpital Bégin ensuite Urgences Robert Picquet et ensuite remplacement à la clinique Marzet dans le sud-ouest et aux urgences ensuite où je suis actuellement et depuis 11 ans. »

Quelle formation avez-vous reçue ?

« J'ai le CAFAS par le biais militaire. Donc j'ai exercé 15 ans en militaire, puis ensuite retraitée de l'armée et 16 ans en privé dans une clinique privé du sud-ouest. »

Avez-vous exercé une autre profession que celle d'aide-soignante ?

« Non. »

Vous sentez-vous appartenir à une équipe ?

« Alors oui, parce que dans les urgences, ce sont toujours des équipes qui forment des binômes avec les infirmières et le médecin. Donc un trinôme. C'est unique. Les uns ne fonctionnent pas sans les autres. »

Et est-ce important selon vous d'appartenir à une équipe ? Et pourquoi ?

« Ah oui, c'est super important d'appartenir à une équipe, de travailler en équipe de ne pas travailler seule. De travailler en équipe, ce qui apporte et aux uns et aux autres. Et voilà. »

Vous dites que c'est super important. Pourquoi ?

« Moralement déjà, de se soutenir dans certains moments qui sont difficiles. C'est technique aussi, de travailler en collaboration avec quelqu'un, que ce soit une autre aide-soignante, ou une infirmière. C'est de travailler en binôme. Moi j'ai toujours eu l'habitude de travailler en binôme. Et seule, ça ne me convient pas. Je l'ai testé une fois et ça ne m'a va pas du tout. »

Donc vous avez déjà été confronté au fait de travailler seule ?

« Une fois, une nuit, et cette solitude face au patient. Et cette solitude ne me convient pas. »

Que signifie pour vous le terme reconnaissance ?

« Reconnaissance. Reconnaissance de l'équipe avec laquelle vous travaillez. C'est-à-dire que tout le monde fonctionne dans le même rouage. Et l'on est tous reconnaissant les uns vis-à-vis des autres. Comme ça, ça fonctionne bien. Et la reconnaissance d'un patient, c'est-à-dire En fait, on n'attend pas de reconnaissance des patients. On attend juste que ça se passe bien avec un patient. De là à ce qu'il vous fasse des compliments, à ce qu'il vous dise ...Non. C'est le rapport avec le patient, que ce soit le plus simple possible et le plus confortable possible. Après, la reconnaissance, je n'attends pas spécialement de reconnaissance des patients. »

Qu'est-ce que ça signifie pour vous en tant que personne, d'être reconnu ?

« C'est une colle....C'est juste reconnaître la personne dans ce quelle est, son caractère, comment elle fonctionne. Voilà, être reconnue, mais bon pff. Ça ne

m'évoque pas quelque chose de particulier d'être reconnu. Je n'ai pas besoin d'être reconnu. J'ai juste besoin que les choses soient simples et que ...Voilà. »

D'accord. Est-ce que vous vous sentez reconnu dans votre profession ?

« Ah complètement. Complètement. Parce que comme je vous l'ai expliqué, c'est qu'en fait, c'est une équipe et que les uns ne fonctionnent pas sans les autres. Et que ce soit l'aide-soignant, l'infirmier ou le médecin, si un n'a pas envie d'avancer, personne n'avancera. Et donc c'est la reconnaissance de l'autre, la reconnaissance du travail qui est apportée, voilà. »

Et grâce à quoi ?

« La bonne prise en charge d'un patient, d'une équipe. Que la progression se fasse le plus rapidement possible et dans de bonnes conditions. C'est ça un travail d'équipe bien fait. Et c'est le plus important. Et surtout la bonne prise en charge du patient. Qu'il se sente rassuré. En fait c'est une globalité, pour le patient, l'équipe. Si l'équipe est agréable et que tout fonctionne bien, le patient sera beaucoup plus détendu et de ce fait là on aura un rapport avec le patient qui sera complètement différent que si il y a une agressivité, ou une brusquerie vis-à-vis du patient. Voilà, des 2 cotés. »

Par qui vous sentez-vous complètement reconnu ?

« Le fait que les choses se passent bien et que l'on avance tous bien dans le même sens, et bien voilà, il y a une bonne ambiance et les compliments de votre collègue infirmière ou du collègue médecin, en disant tout s'est super bien passé, on a super bien travaillé. Et pour les patients tout s'est bien passé. Elle est là la reconnaissance. Le travail fait. »

Est-ce que pour vous, la reconnaissance, c'est important ?

« Non, l'ambiance aussi bien au sein de l'équipe est importante, qu'avec le patient. Après la reconnaissance, non. Chacun vis-à-vis de son travail.

Comment expliquer ? Voilà, vous savez si vous avez bien ou pas bien travaillé. Voilà, c'est le plus important, vis-à-vis de soi-même. Ce n'est pas la reconnaissance des autres, mais vis-à-vis de-soi-même et du patient, voilà. Pour moi, ce n'est pas la reconnaissance le plus important, mais le bien-être. A partir du moment, où je pars travailler et que je suis heureuse d'aller travailler et qu'à la fin de la journée, je suis heureuse, malgré la journée qui a pu être la plus chargée, la plus dure possible et que malgré ça vous avez le sourire et que vous êtes contente de votre journée, c'est que forcément, il y a de la reconnaissance. De l'équipe avec laquelle vous avez travaillé, des patients que vous avez pris en charge, et cela apporte du bien-être. Voilà quoi. C'est un état d'esprit. »

Et bien merci beaucoup.

« De rien. ».

Entretien aide-soignant n°5.

Il s'agit d'une femme de 34 ans.

Pouvez-vous m'énoncer votre parcours professionnel ?

« C'est-à-dire ? »

Avez-vous travaillé dans un autre domaine que celui de la santé ? Depuis quand êtes-vous diplômée ? Et quelles formations avez-vous reçue ?

« D'accord, alors j'ai travaillé en tant que gardienne d'immeuble. Donc, c'était mon dernier emploi, avant de faire ma formation d'aide-soignante. Donc, j'ai eu mon diplôme en 2014. Mais j'ai fait plein d'autres métiers. J'ai travaillé dans une usine de parfum, mais ça c'était au Portugal. Ensuite je suis venue, j'ai fait du ménage chez les gens et dans des bureaux. J'ai aussi travaillé en pharmacie, en tant que préparatrice de laboratoire. Comme je n'avais pas de diplôme, j'ai voulu refaire mes études, alors j'ai arrêté tout ça. J'ai repris les études en ingénieur zootechnique au Portugal, ça a mal tourné. Ensuite, j'ai arrêté tout ça et j'ai repris le ménage, et enfin mon métier de gardienne d'immeuble pendant 2 ans. J'ai quitté cet emploi, pour suivre la formation d'aide-soignante, parce qu'on m'a refusé de faire la formation, tant que j'étais gardienne d'immeuble. J'ai mon DE depuis 2014. »

Ou exercez- vous actuellement votre métier d'aide-soignante ?

« En hépato-gastro dans un hôpital parisien du 20^{ème} arrondissement de Paris depuis novembre 2014. Donc, c'est mon 1^{er} poste. »

Vous sentez-vous appartenir à une équipe ?

« Alors, si je me sens appartenir à une équipe. Oui, déjà, je m'adapte facilement. Et que l'équipe c'est appropriée de moi en gros. Rires. Voilà, et

puis donc, dès la 1^{ère} fois ou je les ai vu, l'équipe était assez derrière moi pour me montrer bien comment ça fonctionnait le système de l'hôpital et du service. Et puis, je me suis sentie vite fait à l'aise et puis oui en effet, on est comme une grande équipe, une grande famille quoi. On est là les uns pour les autres. »

Vous vous sentez appartenir à l'équipe, c'est-à-dire toute l'équipe ou seulement auprès de certains métiers ?

« Alors, avec plein de métiers du service, mais pas tous. Parce que déjà, au niveau des internes, ça a beaucoup changé ; donc on ne peut pas être bien ensemble quand on était au départ. Donc, avec l'équipe qu'on était avant. Donc, là ça a bien changé, et sinon c'est plus au niveau des aides-soignants, des infirmiers, des secrétaires, de l'assistante sociale et quelques médecins, ceux qui sont les plus anciens dans le service. »

Vous vous sentez vraiment appartenir à cette équipe pluridisciplinaire ?

« Exactement. »

Est-ce important pour vous d'appartenir à une équipe ?

« Ben oui, parce que le travail se fait beaucoup plus facilement. Si on n'est pas dans une équipe, et on ne se sent pas appartenir à une équipe, alors on ne se sent pas très à l'aise. Et l'envie de venir travailler sera moindre. Donc, déjà, quand on se sent bien dans un endroit, on a envie de venir tous les jours. Et déjà on aime le travail, certes, mais si on aime l'équipe, c'est encore mieux. On arrive à travailler, et c'est fluide, le travail coule facilement. Et pour moi, c'est très important. Il faut que j'aime ou je suis, et que je m'entende bien avec les gens, pour que je me sente bien dans un endroit. Justement, pour avoir envie de revenir. C'est comme dans un restaurant, on aime la bouffe, on aime revenir. Rires. »

Que signifie pour vous le terme reconnaissance ?

« Reconnaissance...silence. Alors pour moi la reconnaissance c'est déjà, alors comment expliquer dans les mots français....Reconnaissance, pour moi c'est le merci. Même si ce n'est pas dans les mêmes mots. Un merci rien que par un sourire, rien que par un regard, rien que par donner la main. Pour moi, c'est une reconnaissance. Voilà, rien qu'un geste, c'est une reconnaissance. »

D'accord, et à quoi, ça vous fait penser ?

« A ma mère. Parce que ma mère m'a donné la vie. Je suis sa fille, elle ne me lâche pas. Et pour moi c'est la reconnaissance. Elle est toujours là pour moi. Pour moi c'est une grande reconnaissance. »

Et concrètement qu'est-ce que signifie pour vous, le fait d'être reconnu ?

« Ben déjà le fait d'avoir tant galéré pour mes études. Dans mon parcours d'aide-soignante qui n'a pas été simple au niveau personnel et professionnel. Et d'avoir ma place dans l'hôpital et être prise en charge par toute l'équipe. D'être la nouvelle, d'être venue, et on ne m'a pas lâché. Donc voilà. Ca pour moi, c'est la reconnaissance d'avoir ma place, et c'est une reconnaissance. D'avoir ma place au travail, et le respect de ma personnalité. Rien qu'avec un bonjour, on est reconnu. »

Vous sentez-vous reconnu dans votre profession ?

« Je me sens reconnu dans ma profession, mais pas par tout le monde. Oui par les patients, oui par les collègues, la plupart, ceux qu'on travaille directement les aides-soignants, les infirmiers, les secrétaires aussi bien sûr, l'assistante sociale avec qui on travaille beaucoup, après quelque médecins. On sent le soutien et on se prête main-forte. On travaille en lien pour le patient et une bonne prise en charge. Et du coup on est tous et pour beaucoup une pièce importante. On décèle des signes et c'est important et on aide les

médecins dans leur rapport et leur diagnostic par notre observation justement. Les ASH aussi, on fait parfois les mêmes tâches et on s'entend très bien avec. Et les brancardiers. Tout ça parce que l'on est toujours présent. Donc on fait les liens avec tout le monde, voilà. »

« Non pour quelques médecins parce qu'on se fait engueuler tout le temps, parce que l'on n'a pas vu une peau qui s'effritait du pied, et parce que l'on n'a pas vu et ce n'est pas normal. Il nous renvoie que l'on est incompetent. Et par la cadre, parce que quand on est en arrêt, par exemple, soit on nous dit directement que l'on bouleverse toute l'équipe, alors qu'on a été une pièce maîtresse à fond pendant que l'on faisait notre travail, et pendant le temps qu'on était là. Et quand on a un souci, là on n'est plus rien. Alors, c'est moche, parce que quand on a des problèmes de santé, en effet on est plus rien. Quand elle a besoin de quelque chose et si ça va dans son sens et dans le budget du service, tout va bien. Alors que quand on est en arrêt et qu'on aimerait être au travail, elle nous dit que ça coûte de l'argent et elle ne s'intéresse pas du tout à ce qui nous arrive. Donc, on ne vaut plus rien, et il n'y a plus de reconnaissance. Je ne vaudrais plus rien aux yeux du cadre. »

Que faudrait-il pour que vous vous sentiez reconnu par la cadre et ces quelques médecins ?

« Alors ce serait pourquoi ne pas avoir une réunion de temps en temps. Pour mettre les choses au clair, ou alors nous prendre à part et parler de pourquoi telle chose nous a échappé. Rien que la parole, ça ferait beaucoup de choses. Je pense qu'il y a un manque de communication. On garde les choses pour nous, on ne va pas en parler. Donc ce serait plus simple si on allait parler et mettre les choses au clair. Il vaut mieux parler avant que lorsque la colère éclate. Et moi quand j'ai des trucs à dire, ça part tout seul, mais si j'ai appris à me retenir. »

Et que vous apporterait cette reconnaissance de la part de la cadre et du médecin ?

« On sentirait un bien être, on serait plus à l'aise. Un bien être intérieur et intellectuel. Et ça ferait que le travail coule doucement et efficacement. Quand on est bien, tout se fait bien je pense. Moi par exemple, je n'aime pas repasser et je fais tout mal. Il faut être bien pour bien faire les choses. »

Merci beaucoup.

« De rien. »

Annexe 3 : Grille d'entretien semi-directif cadre de santé.

GRILLE D'ENTRETIEN CADRE DE SANTE.

1-Quel âge avez-vous ?

2-Depuis combien de temps exercez-vous le métier de cadre de santé ?

Pouvez-vous m'énoncer votre parcours professionnel ?

3-Qu'en est-il à ce jour de la notion d'équipe ?

Votre équipe a-t-elle l'esprit d'équipe selon vous ? (représentation de l'esprit d'équipe)

4-Les aides-soignants travaillent ils en binôme avec les infirmières ? Et travaillent-ils en pluridisciplinarité ? (importance du binôme est-il exercé ?)

5-Selon vous, les aides-soignants se sentent ils appartenir aux groupes des soignants ? (identification ou non d'une éventuelle problématique)

6-Les as se sentent ils reconnus ? (vision du cadre de santé)

Si oui qu'est-ce qui vous fait penser qu'ils se sentent reconnus ?
(attitudes- dires- actes-etc...)

Si non qu'est-ce qui vous fait penser qu'ils ne se sentent pas reconnus ?
(attitudes- dires- actes-etc...)

7-Qu'est-ce que la reconnaissance pour vous ? (vision et représentation du cadre)

8-Est-ce un concept important selon vous ?

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

10-Pensez-vous posséder des leviers pour favoriser et influencer sur le concept de reconnaissance ?

Avez-vous des moyens de gestion, des techniques managériales pour faciliter la reconnaissance au travail ? (EAE-GPEC-management etc...)

11-Si oui lesquels ?

12-Si non pourquoi ? Et qui dans l'institution possède ces leviers ?

13-Pensez-vous que la façon de manager puisse influencer sur le concept de reconnaissance ? (mode de management préconisé).

Annexe 4: Retranscription des entretiens semi-directifs cadre de santé

Entretien cadre de santé n°1.

Il s'agit d'une femme de 53 ans.

Depuis combien de temps exercez-vous le métier de cadre de santé ?

Pouvez-vous m'énoncer votre parcours professionnel ?

« Diplômé 94 une année aux urgences Lariboisière Tenon aux urgences jusqu'en 2002. 2002 jusqu'en 2011 en hospitalisations en néphrologie à Tenon. Deux ans de disponibilité de l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris en tant que formatrice auprès des élèves aides-soignants en IFAS et retour sur le terrain à l'Assistance Publique en 2013 en maladie infectieuse Lariboisière. »

Et avant vous étiez infirmière ?

« Infirmière diplômée 80 trois ans de chirurgie et après essentiellement des urgences. »

Vous n'avez pas été aide-soignante avant ?

« Non. »

Qu'en est-il à ce jour de la notion d'équipe au sein de votre service ?

« C'est-à-dire ? »

Est-ce que vous avez l'impression que votre service à l'esprit d'équipe ? Et selon vous, qu'est-ce que ça représente l'esprit d'équipe ?

« Alors pour moi non quand je suis arrivée dans le service pour moi dans ma définition de l'équipe, il n'y avait pas d'équipe. Pour elle, elles sont en équipe on n'a pas la même définition de l'équipe. Pour elle être en équipe, c'est venir

travailler dire bonjour, bonjour ma chérie comment tu vas ? Raconter peut être surement leur vie. Ça pour elle c'est une notion d'équipe par contre au niveau planning c'est leur ligne et elles ne savent pas que l'autre est en arrêt. Et pour moi un travail d'équipe c'est une collaboration tant sur le travail, à l'organisation des soins et sur une présence au travail c'est-à-dire le planning. Donc actuellement je l'ai exprimé clairement à un moment donné, elle commence à prendre conscience de cette notion que on n'a pas la même définition d'équipe elle commence à prendre conscience déjà dans l'organisation des soins sur le travail en binôme aides-soignantes- infirmières par exemple ici l'organisation a été mise en place pas par moi mais qui est correcte, c'est que le matin à 7h comme d'habitude, elles font le tour des brads, ça je ne sais pas si on y arrivera un jour à leur retirer et après elles font le tour des températures donc du coup elles informent les infirmière qui est du coup vont faire les prises de sang on n'en infectieux donc une hyperthermie va modifier la prise en charge infirmière rajouter une hémoc et voir un peu l'état de santé du patient la dernière fois l'aide-soignante a oublié de le faire, elle était partie dans une autre organisation au petit stade du matin on s'aperçoit que les températures ne sont pas faites parce que l'interne demande et que l'infirmière ne sait et l'aide-soignante ne sait pas. Il a été question de remettre en question le fait que ce soit les aides-soignantes qui fasse la prise de température. Ça c'est à la demande des aides-soignantes les infirmières derrière, on reformulées que c'était très importante qu'elles aient une température avant les prises de sang, donc du coup, les aides-soignantes disent oui mais nous après on a les nursings. Moi personnellement il est hors de questions qu'on enlève la température je leur ai dit aux aides-soignantes parce que sinon c'est fini elles font pipi caca. Donc du coup on à discuter on essaye de mettre pouls tension température par les aides-soignantes donc de ce fait elles font un seul tour quitte à réveiller le malade et ça permettrait de libérer une infirmière derrière parce qu'elle ne refait pas elle un tour, elles ne perdent plus de temps pour la tension et que peut-être les infirmières aillent un peu plus au nursing mais ce n'est pas de l'acquis c'est en cours. Et puis surtout ce n'est pas acquis, la température le matin ça va faire 10 ans qu'elles le font et si elles le remettent en question c'est que ce n'est pas de l'acquis. Dans la tête des aides-soignantes on a du mal effectivement à faire entendre à

une aide-soignante que poulx tension température ça peut être quand même du rôle de l'aide-soignante. Elle ne s'accroche pas à ça. Elle devrait dire inversement ah non non nous on ne touche pas à ça c'est important comme ça j'ai une notion des constantes je suis un peu moins dans le pipi caca repas. Non elles auraient facilement lâché ça. »

Les aides-soignantes travaillent-elles en binôme avec les infirmières ?

« Elles essaient, alors ça va dépendre aussi de qui est là de quelle infirmière, de quelle aide-soignante. On est encore à ce niveau-là. Mais elles essaient et il y a un début de prise de conscience de tout ça. Mais ce n'est pas carré, ce n'est pas ... il y a un tour du côté aide-soignant, le service est divisé en 2, donc il y a une infirmière d'un côté et l'autre infirmière de l'autre côté. Normalement si tout va bien, il y a 2 aides-soignantes le matin, on aurait pu penser qu'il y en a une qui va se couper et suivre une infirmière. Et ça, ce n'est même pas envisageable pour l'instant. »

Elles ne le demandent pas ?

« Non, après il y a des aides-soignantes qui vont être plus sensibles à ça et des infirmières aussi. C'est évident que si les infirmières n'ont pas compris qu'il faut aussi aller faire des nursings aux aides-soignantes, les aides-soignantes ne vont pas non plus inversement avoir envie. »

Est-ce que selon vous les aides-soignantes se sentent appartenir au groupe des soignants ?

« Oui, là par contre oui sans problème. »

Et donc j'en viens à la question qui suit, est-ce que pour vous les AS se sentent reconnus ? (selon vous votre vision à vous cadre de santé).

« Alors moi je poserai la question à l'envers. Est-ce que les aides-soignantes ont envie d'être reconnues ? (long silence) Parce que moi si je veux être

reconnu et je vais tout faire pour être reconnu. Au lieu de m'énerver sur les températures je vais aller chercher les pouls/tensions donc que c'est la question inverse que je poserai moi pourquoi les aides-soignantes ne font pas toutes les démarches pour être reconnu dans ce rôle aide-soignant ? Et pourquoi elles se cantonnent à pipi-caca ? »

Et donc ma question vient implicitement, effectivement si on part du principe : est-ce que les AS ont envie d'être reconnues. ? Si vous vous posez cette question, c'est qu'il y a des attitudes des dires, des actes qui vous font penser l'inverse potentiellement ?

« Ben oui c'est ce que je viens de dire. Effectivement quand on veut une reconnaissance, on va la chercher ou si on ne l'a pas, on s'énerve, on trouve ça injuste on s'insurge on va voir le cadre ce qui n'est pas le cas donc je pense que c'est dans la maturité de l'aide-soignante, professionnelle j'entends que ça peut poser un problème si on m'en rajoute ben non.

Votre équipe aide-soignante, elle est jeune, elle a tous les âges ?

« Elle a tous les âges....oui, j'en ai un qui va partir à la retraite dans 3 ans, j'en ai deux qui sont jeunes diplômés de deux trois ans aussi j'en ai une qui a un peu plus de diplôme avec une expérience dans un autre service. »

Il n'y a pas une probabilité plus grande de plus jeune ou de plus vieux ?

« C'est-à-dire ? »

Vous me dites sur l'équipe, est ce qu'il n'y a pas un impact sur l'équipe les plus jeunes n'ont pas entre guillemets le dessus sur les plus anciens ?

« Non c'est même les plus anciens qui ont tendance à leur rappeler que les soins relationnels, ça fait partie du boulot, leur rappeler que le rôle d'un aide-

soignant c'est assister au staff et participer. Non non, à la limite c'est même les plus anciens qui sont plus actifs. Quand je dis ancien, c'est qu'ils ont tous le CAFAS, ils ne sont pas diplômés d'Etat. Mais peut-être parce qu'ils ont travaillés autrement avant. »

Et vous pensez que cette catégorie d'AS se sent reconnus ?

« Les anciens ? »

Oui

« Oui, dans ce qu'ils font oui, après ces anciens qui n'ont pas eu la formation du diplôme d'État, ils leur manquent des billes mais ce qu'ils font oui. Ils n'ont pas besoin de reconnaissance. Ils ne l'expriment pas, mais les nouvelles non plus. Mais ça devrait être le contraire je sors du diplôme, moi on m'a dit qu'il fallait faire ça en tant qu'aide-soignant, on ne me le fait pas faire pourquoi ? Et ce n'est pas ça, mais vu qu'elles n'ont pas l'expérience des anciens elles sont quand même limitées par rapport à certaines tâches. »

Qu'est-ce que la reconnaissance pour vous ? Votre représentation en tant que cadre ?

« La reconnaissance, elle est tout d'abord personnelle, avant d'être reconnu par tout le monde j'ai un diplôme, je le mets en pratique je le fais bien, mais pas forcément tout bien parce que je suis là pour m'améliorer. Donc là c'est une première ébauche de reconnaissance, et à partir du moment où je me reconnais moi dans mon travail bien fait je vais jusqu'au bout de ce que je peux faire et je suis satisfait et j'attends que les autres me reconnaissent là. Mais en aucun cas et je pense que c'est ça le problème aide-soignant, c'est la première ébauche et donc du coup, ils n'attendent pas que les autres reconnaissent ce que je fais. »

Et ils n'attendent pas ça ?

« Non, en tout cas ils ne l'expriment pas, dans leur attitude, dans leur façon. Non parce que moi je suis la première à dire à aide-soignant pipi caca je n'en

veux pas. S effectivement c'est ce qu'ils attendaient d'un cadre, ils seraient arrivés ventre à terre en disant : super !! , et ce n'est pas le cas. »

Est-ce que pour vous la reconnaissance, c'est important ?

Si oui pourquoi ?

Si non pourquoi ?

« C'est plus qu'important ça fait partie de notre métier. On ne peut pas travailler sans reconnaissance c'est impossible ou sinon on devient des personnes qui sont au bout d'un moment robotisées. Même le mec chez Renaud attend une reconnaissance, et quand il voit une voiture luisante derrière l'usine, il est plutôt satisfait. On ne peut pas travailler son reconnaissance en tous cas, moi c'est ce que je pense. »

Est-ce que vous pensez posséder des leviers pour favoriser et influencer sur le concept de reconnaissance ? Quand je dis des leviers, ce sont des moyens de gestion, des techniques managériales, pour faciliter la reconnaissance au travail ?

« A mon niveau oui et non. Moi je vais avoir un niveau juste de cadre de proximité. C'est-à-dire avec l'âge j'ai appris qu'un cadre a une tendance à dire ce qu'il n'a pas parce que c'est ce qui coince dans une organisation. Donc moi j'ai, avec le temps découvert qu'il fallait dire ce qui allait, ce n'est pas toujours facile, ce n'est pas toujours facile, ce n'est pas spontané. Mais ça fait partie. Vous avez bien bossé aujourd'hui, disons ça roule, c'est propre. Reconnaître le travail déjà dans la tâche. Après moi je pense que 'on a un métier du terrain et qu'à partir du moment où l'on est du terrain et qu'on doit assurer une prise en charge sur 24 heures, obligatoirement, il y a une équipe et que c'est l'équipe qui peut aider ou pas. C'est ce que je pense donc maintenant moi mon rôle est de proximité, en aucun cas je peux... c'est très limité ma zone de responsabilité par rapport à ça, elle va être de proximité, c'est à dire on va parler d'un cadre qui va faire ça qui...Alors peut-être que l'idée de repartir un jour de ce service et puis se retrouver un jour dans un autre service et le cadre va dire les aides-soignants c'est pipi-caca, c'est peut-être là où l'idée à germé, un moment de révolte après, mais je n'en sais rien ça. »

Et là au jour d'aujourd'hui, dans votre rôle de proximité, vous valorisez ce qu'ils ont fait de bien ?

« De plus en plus, alors pas tous les jours je ne me suis pas améliorée à ce point-là, mais de plus en plus, j'ai compris que ça faisait partie du rôle du cadre de proximité. C'est à dire, je m'aperçois, qu'elles acceptent plus le fait que ce n'est pas bien fait quand inversement sur autre chose je leur ai dit que c'était bien fait. Même si c'est compliqué pour un cadre de dire ça parce qu'à la base eh bien on est là pour bosser et donc le B A B A, c'est de bosser, d'être là et de faire du boulot correct. Voilà quel que soit le métier qu'on pratique, on est payé pour faire une tâche est donc l'idée de dire ce que vous avez fait c'est bien, c'est bien de venir tous les jours travailler, c'est bien, ce n'est pas spontané pour moi dans l'idée ou la reconnaissance est personnelle et aussi dans une équipe, mais aussi dans une société où l'on a une fiche de paie à la fin du mois, on est payé pour travailler. Donc que ce n'est pas toujours facile à mon niveau, mais c'est mon ressenti. »

Pensez-vous que la façon de manager puisse influencer sur le concept de reconnaissance, c'est-à-dire un mode de management ?

« Oui moi je le pense. Je viens de débattre de tout ça. »

Oui

Et vous pensez, enfin ce que j'entends là, dites-moi si je me trompe c'est que le seul levier c'est le mode managérial ?

« Oui »

Vous n'avez pas d'autres moyens, est-ce que par exemple l'entretien annuel d'évaluation ?

« Ça en fait partie l'entretien annuel d'évaluation, il n'y a pas le management EAE, ça en fait partie, la façon d'être, la personnalité du cadre, c'est tout un ensemble, et la personnalité de ses agents et puis la spécificité du service parce que l'on ne va pas gérer de la même façon un service d'urgence comme

on gère un service de chroniques. Donc que c'est un ensemble. et moi personnellement j'attends pas l'évaluation de fin d'année pour dire les objectifs, les machins, parce que j'ai un certain âge et je n'y crois pas moi, je pense que quand il y a des choses à dire ,il faut les dire et par contre il faut apprendre à les dire .Et donc j'ai appris à dire, enfin je dérape encore un peu, mais jamais à chaud, toujours dans le bureau, en clair et il faut aussi que cet esprit managérial soit reconnu comme une autorité, le cadre copain ça ne marche pas donc voilà tout ça c'est un ensemble on ne peut pas dire il y a un type de management et à coté la personnalité du cadre qui ne va pas avec le type de management, non obligatoirement, le cadre ira chercher son type de management en en fonction d'elle- même et en fonction de ce qu'elle a envie ou vu dans sa carrière. Il y a tout un ensemble. Un cadre à une expérience, avant elle a été infirmière avec sa personnalité, la manière dont on a vu notre métier, tout ça c'est un ensemble. »

Et en conclusion, par rapport à l'ensemble des questions que je viens de vous poser, sur un futur proche, comment vous visualisez avec votre expérience la notion de reconnaissance à l'hôpital auprès des AS ? Entre le cadre de proximité et l'AS, le lien ?

« Dans mon service, je ne vois pas, mais je pense qu'il faudrait qu'on arrive comme le côté anglo saxon qui est une bonne chose, l'as l'ide c'est compliqué. L'ide est de plus en plus dans la technicité, dans la technologie dans le «J'ai » pas le temps et du coup moi je trouve là l'évolution les aides-soignants vont de plus en plus partir dans pipi-caca. Je trouve, c'est ce que je ressens, c'est ce que je vois. Moi je pense qu'il faudrait une base de formation initiale. Tout le monde ensemble, tout le monde-là même formation. C'est quoi un malade ? C'est quoi l'hôpital ? C'est quoi l'hygiène ? Et après, qu'il y ait des infirmières qui décident de se spécialiser dans : plus la technologie, dans plus ce qui correspondrait à des services, un peu comme le coté belge que je trouvais très intéressant. Une infirmière A une infirmière B, A et B dans la même formation initiale et il y en a une qui se spécialise et qui devient plus technologique. Mais la base infirmière tout le monde l'a acquise. Et bien moi je pense que ce n'est

pas mal ça. Et là il n'y aurait aucun problème de clivage entre l'as l'ide parce que la base du métier, parce que quand on dit aux as qu'elles récupèrent le rôle propre, il y en a plein qui ne comprennent même pas de quoi on parle. Donc aux lieux de déléguer, donnons-leur la formation. Elles ont toutes le rôle propre, toute la même base de formation prise en charge du patient landa et après, moi ce serait un idéal, je pense que ce serait quelque chose qui ferait évoluer pas mal. En plus, le métier. Moi quand je parle de métier, de paramédical, ça commence de l'as au directeur de soin infirmiers. On fait tous parti de la même filière. On est paramédicaux. »

Et vous pensez que cela peut valoriser la reconnaissance de l'aide-soignant ?

« Moi je pense que ce serait une façon en tout cas, de ne pas cliver. Moi ce que je vois par exemple, de par mon évolution professionnelle, moi je suis arrivée diplômée en 80, j'ai fait de la nuit, la nuit il n'y avait pas assez d'infirmières, c'était les aides-soignantes qui tenaient les services. Il y avait une pénurie d'infirmières à tomber par terre donc les aides-soignantes étaient faisant fonction d'infirmières. Après 80 on avait gonflé les IFSI donc on est toutes arrivées et ça a été très chaud pour nous et très chaud pour les aides-soignantes parce qu'on leur piquait leur poste. Donc ça a été très compliqué. Après, ça s'est un peu calmé parce que tout le monde a retrouvé un peu ses billes. La formation initiale IFSI sur les trois ans, je ne dis pas qu'avant c'était mieux, mais j'explique juste qu'elle permettait à des aides-soignantes de devenir infirmière. Donc c'était quand même l'ascenseur social, la promotion professionnelle, c'était quelque chose d'important. De dire à un moment donné, je voudrais devenir infirmière et je vais en avoir les capacités, parce que la 1^{ère} année c'était le BABA, hygiène, aide-soignant et petit à petit. Maintenant, le niveau du nouveau référentiel IFSI, je sais que l'ascenseur social n'existera plus. Et ça, ça va être une vraie catastrophe. Parce qu'au niveau scolaire, les $\frac{3}{4}$ des aides-soignantes ne l'ont pas. Donc elles n'iront jamais en IFSI parce qu'elles n'arriveront pas à raccrocher les wagons. Il y a de moins en moins de postes en plus, et de plus en plus, il faut qu'elles paient leur formation. Donc résultat des courses, on est en train de revenir en arrière, et on va avoir un groupe infirmier, un groupe aides-soignants. Et le

travail en binôme que certains cadres sup avaient mis en place, qu'on essaie de mettre en place, parce que je suis d'une génération qui fait que je trouve ça important cette façon de travailler, va retomber en cacahuètes. Et j'en suis profondément convaincue, je le vois bien. On voit très bien, il y a des élèves infirmières qui arrivent, qui ne savent pas ce que c'est qu'une aide-soignante. Alors, par contre dans la relation, il n'y a pas de soucis, mais le travail d'une aide-soignante, le travail du groupe par rapport à ça, elles n'ont aucune notion. Et moi je ne m'en suis pas trop aperçue. C'est quand je suis arrivée ici, on a mis en place l'encadrement des stagiaires, d'abord IFSI et après IFAS. Et quand on a fait des bilans avec l'équipe, c'est une aide-soignante qui a dit : il faudrait qu'elles viennent avec nous, parce qu'elles ne savent même pas qui on est. Et tout à coup, j'ai découvert qu'elle n'avait pas tort. Alors, c'est vrai, avant l'ancien référentiel, c'était premier stage aide-soignant. On ne se posait même pas de questions, alors on savait tous, qu'elles étaient passées par là. Maintenant, on peut avoir des S2 des S3, qui ont fait EPHAD, psychiatrie, crèche. Et qu'elles n'attendent qu'une chose, c'est de savoir piquer parce que elles ont beau serrer les fesses en se disant dans un an c'est moi. Donc du coup, on ne les met pas d'emblée avec les aides-soignantes on perd beaucoup. Donc, du coup, on a remis un peu, et le référent doit faire un bilan et quitte à donner une semaine ou 3-4 jours avec l'aide-soignante pour voir comment elles travaillent. Mais si dans l'organisation type l'élève infirmière, n'a même pas compris où vient l'aide-soignante dans son organisation et bien à un moment donné, il n'y aura même plus d'organisation. »

Merci

« De rien. »

Entretien cadre n°2

Il s'agit d'une femme de 47 ans.

Depuis combien de temps exercez-vous le métier de cadre de santé ?

Et pouvez-vous m'énoncer votre parcours professionnel ?

« Alors parcours professionnel, diplômée IDE en 92, j'ai fait ensuite de la réanimation jusqu'en 2001. En suite j'ai intégré un poste de faisant fonction de formateur dans l'IFSI de Jean Verdier. Puis à la sortie de l'école des cadres, j'ai intégré l'IFSI Louis Mourier à Colombes jusqu'en janvier 2014. Et depuis janvier 2014 cadre de santé en médecine infectieuse. »

En quelle année avez-vous été diplômée de l'IFCS ?

« En 2003. »

Alors qu'en est-il à ce jour de la notion d'équipe ? Au sein de votre propre équipe que vous managez ? Selon vous votre équipe a-t-elle l'esprit d'équipe ?

« Déjà, j'ai une structure un peu particulière, j'ai un hôpital de semaine, et j'ai un hôpital conventionnel. L'Hôpital de semaine est arrivé dans ce service, à cet étage on va dire, il y a maintenant 4ans. Avant, c'était une unité complète de 27 lits, et avec l'arrivée de l'hôpital de semaine, puisque St Louis arrivait en endocrino au 6^{ème} étage, donc l'hôpital de semaine a été transféré ici. (au 3^{ème} étage). La difficulté au départ, moi, l'antériorité, j'ai pas senti qu'il y avait de soucis quand je suis arrivée, que j'ai pris le poste, entre les équipes etc.... Il y avait quand même une notion je dirais de plus ou moins de favoritisme. Parce qu'elle ne travaillait pas les week-ends, pour l'équipe de l'hôpital conventionnel, c'était un peu particulier, et puis après, c'est vrai que les infirmières de l'hôpital de semaine et les autres s'entendent tellement bien entre eux alors ils s'entendent bien entre eux, il n'y a pas de soucis particuliers, elles ont été assez ouvertes à l'hôpital de semaine et l'hôpital

conventionnel, et donc une gestion qui s'est faite naturellement. Et mon arrivée a favorisé. Alors je suis très dans la communication, le management participatif et j'ai essayé d'impliquer des infirmières et aides-soignants sur des thèmes similaires. Par exemple, j'ai 2 aides-soignantes, une de l'hôpital conventionnel, une de l'hôpital de semaine, qui a fait une formation sur le DMS. Donc, je les mets sur des projets communs. On a travaillé sur la restructuration du poste de soins, et ça a fait du bien à tout le monde, chacun s'est connu, avec ses forces et ses faiblesses, et je pense que ça a permis quand même de favoriser l'entente qu'il y a actuellement. Alors, cette entente peut être sous-jacente, car j'ai des conflits anciens d'infirmières et jeunes arrivées, mais des conflits d'organisation de soins. J'ai encore des conflits de roulement. Parce que lorsque je suis arrivée, j'avais encore 2 infirmières de roulement fixe du matin dans leur contrat, mais elles avaient demandé au cadre précédent d'avoir ce roulement-là. Actuellement, ça coince toujours, parce que j'ai des équipes jeunes qui arrivent avec un contrat de grande équipe, et qui veulent faire 15 jours matin, 15 jours du soir et ça coince. Donc j'ai un roulement d'infirmières qui est principalement d'après-midi, et elles ont du mal à le vivre, donc c'est pour ça que L'OTT qui arrive va permettre une réorganisation de leur roulement. Donc il faut savoir, ça crée, certains conflits. Les caractères de chacun aussi, mais, dans l'ensemble, je trouve qu'elles s'entendent bien. Quand elles ont besoin de changer des congés, des RT, elles font entres eux et quand elles veulent échanger matin- après midi, elles s'accordent entres elles. Donc il y a une bonne entente, que ce soit le dossier de soin, stups, vigilance, et puis, elles travaillent en même temps, sur la certification, donc ça a ramené une remise à plat des pratiques qui est intéressante et qui ne pose pas de soucis. Mais je pense qu'il y a une bonne évolution de l'équipe, que ce soit jeune ou ancienne. »

En rapport à la certification, vous avez effectué des EPP⁸⁰ ?

« Alors suite aux audits, on a fait des audits de dossiers de soins, des audits de pharmacie. J'aimerais, qu'elles changent leur pratiques sur l'hygiène, parce qu'en matière d'hygiène hospitalière, il y a encore un gros gros travail à faire.

⁸⁰ EPP évaluation de pratiques professionnelles.

Et puis, elles encadrent des étudiants, et des fois, je les reprends gentiment en leur disant, écoutez, là l'étudiante avec les gants dans le couloir, qu'est-ce que c'est ? Je me questionne beaucoup, et je ne sais pas ce que les cadres ont fait avant pour ça. Donc moi je fais intervenir l'infirmière hygiéniste de temps en temps. Elle vient et fait des micros actions, des micros formations. Je pense que c'est intéressant et il faut qu'elles entendent régulièrement. Après, elles ont un gros travail à faire ensemble, c'est sur l'organisation des soins. Car j'ai des infirmières qui restent jusqu'à 16H – 16H30, alors qu'elles sont censées finir à 14H 30. »

L'ensemble des travaux effectués ce sont t'ils réalisés en binôme AS-IDE ?

« La difficulté de l'audit du dossier de soins, c'est qu'il n'y a que les infirmières qui le manipule, et ça il faut que j'arrive à faire travailler les aides-soignantes à passer au passage de l'écriture dans les transmissions ciblées. Donc on travaille dessus, elles le savent, on a fait un gros travail, on a repris, leur décret, les compétences, et puis la formation AS. Et on travaille par compétence : ce qu'elles apportent, qu'est-ce que le service apporte au regard de cette compétence, pour la validation à l'élève aide-soignant. Donc ça remet en cause, ce qu'elles font. Elles ont dû réfléchir. Elles ont trouvé un terrain d'entente, parce que celles qui n'aiment pas l'informatique ont demandé à celles qui aimaient bien de les aider. Donc on a une prochaine réunion en avril pour mettre plat ça, elles ont pris chaque compétence, elles ont tracé les savoirs, les savoirs faire et les savoirs être. Parce qu'elles ne se rendaient pas compte que dans l'encadrement, il y avait aussi le savoir être. Je travaille actuellement sur le projet de l'AP-HP sur la RCP⁸¹ et j'arrive à un point du projet, ou j'ai demandé à des IDE-et AS de travailler avec moi pour justement revoir tout ce qui n'est pas dit et qui est de leur quotidien pour faire les plans de soins type et les chemins cliniques dans une dynamique très proche de la réalité du terrain. »

⁸¹ RCP : réunion de concertation pluridisciplinaire.

Est-ce que les aides-soignantes travaillent en binôme avec les infirmières ?

« Alors elles travaillent en binôme sans travailler en binôme. C'est à dire que le matin, elles prennent les trans, elles voient qui est à jeun, qui a des rendez-vous, comment organiser leurs toilettes. Elles ont leurs missions propres. Quand il y a qu'une AS d'après-midi, les infirmières travaillent beaucoup plus peut être avec l'AS puisqu'elle est toute seule donc ils font les désinfections de chambre avec l'aide-soignante. Ils ne la laissent jamais toute seule, donc il y a vraiment un binôme d'après-midi créé. Et du coup quand j'ai observé tout ce travail, et bien je me suis dit, que j'aimerais instaurer un binôme du matin. Donc j'ai demandé, parce qu'elles ne prenaient pas de côté les aides-soignantes. Donc maintenant, elles prennent un côté. Elles travaillent avec l'infirmière et quand il y a une surcharge de travail, les aides-soignantes travaillent à deux. Mais elles travaillent quand même en binôme avec leur infirmière. Quand je demande à l'aide-soignante, c'est qui votre infirmière ? Vous vous êtes partagé comment ? Elles me répondent maintenant. Donc ça commence. Le travail du matin est différent de l'après-midi. »

Et est-ce, que vous avez la sensation qu'elles travaillent en pluridisciplinarité, c'est-à-dire qu'elles travaillent avec les médecins, ou avec vous en tant que cadre ?

« Alors, non, pour les patients, moi je travaille avec eux sur le management d'équipe, plus dans les projets transversaux .Ici il y a un historique cadre, qui n'existait pas avant. Le cadre restait six mois-un an et partait. Pour le médecin, le cadre n'avait pas de place. C'était un pion, et les médecins se demandaient à quoi ça servait. Mon arrivée et celle de ma collègue au 4^{ème}, notre entente, notre binôme permis de réussir à se positionner et à montrer la place du cadre, et la valorisation de notre fonction, appréciée aujourd'hui. Mais on n'a pas encore accès à l'activité et peu de place. »

Selon vous, est-ce que les AS se sentent appartenir au groupe des soignants ?

« Ah oui totalement. Et je leur dit souvent, et les valorise. C'est à dire dans les discours, dans les réunions, je félicite le travail fait. Quand j'ai des choses à dire, je les dis. Quand ça ne va pas .Mais j'essai dans mon mode de management de valoriser les équipes aides-soignantes et je les pousse à se mettre dans des projets. Et je leur dis arrêter d'être dans pipi-caca ça suffit. Vous valez plus que ça. Plus que des toilettes, distribuer des repas. Il faut montrer votre plus-value, vous en avez. Et c'est ce que je travaille beaucoup avec eux. C'est essayer de les mettre en valeur et mettre en valeur, leur pratique quotidienne. Parce que c'est elle qui ont un retour dans les staffs sociaux qui est plus pertinent. Elles sont au contact du patient, et c'est ce que je ne retrouve pas dans la traçabilité. Elles vont le dire parce que l'on va poser la question, mais sinon elles ne vont pas se mettre en valeur en disant forcément et faire le lien avec tout ça. »

Est-ce que pour vous, au sein de votre service, les aides-soignantes se sentent reconnues ?

« Reconnues dans quel sens ? Par l'équipe ? »

Oui, dans leur travail, d'une manière générale, c'est-à-dire, est-ce que pour vous au vu de ce que vous pouvez observer, est ce que vous avez la sensation qu'ils sont reconnus dans le service par l'ensemble de l'équipe et les patients ?

« Ah oui, je pense que oui. Là c'est le grand oui ou alors j'ai loupé...Ça fait deux ans que j'ai loupé quelque chose. J'espère qu'elles se sentent reconnues dans la fonction. J'ai un petit doute sur l'équipe médicale. Mais les médecins sont très à l'écoute dans les staffs. Mais je pense qu'ils sont reconnus quand même. La psychologue, la diet sont très à l'écoute. Elles leur posent des questions, ils répondent. C'est pertinent, donc je pense oui ils se sentent reconnus oui. Le petit doute oui des fois quand je vois les médecins tout le temps avec les infirmières, c'est les prescriptions médicales mais quand même certains médecins vont voir les aides-soignantes, pas tous. »

Pour vous que représente la reconnaissance ?

« Ouh, c'est une question difficile. Rire. La reconnaissance pour moi je vais le dire clairement même si moi j'ai du mal à savoir si j'ai été reconnue mon N plus un. Parce qu'il n'y avait que l'entretien annuel. Voilà maintenant au niveau de mon équipe, la reconnaissance je vois qu'ils viennent me voir, la porte est ouverte, quel que soit le moment pour discuter de tout et de rien. Ils ont un souci ils viennent me voir, ils n'ont pas de soucis, ils viennent quand mémé me parler. Oui la reconnaissance, c'est ça aussi, c'est quand je dis les choses c'est que je suis écoutée. En réunion par exemple ah on voit que vous êtes en colère Madame. On va essayer de changer. Elles essaient de faire ce que je leur demande. Elles disent, on va réfléchir, on va essayer de travailler et de faire améliorer les choses. Donc je me dis que j'ai une reconnaissance, car il y a un retour dans ce que je dis. Par contre au niveau de mon N plus un, je doute. On ne sait jamais si tout va bien Une fois j'ai dit à ma cadre sup vous voulez que je parte. Elle m'a dit non ; Ben faut le dire. On ne le sait pas à notre niveau. »

Et qu'est-ce qu'il faudrait pour que vous vous sentiez reconnue par votre N plus un ?

« Le jour où je pourrais aller voir mon N plus un quand j'ai des soucis avec des agents Et bien je me dirais, et bien ça y est ma place est faite. Maintenant j'hésite toujours à aller la voir parce que je sais qu'elle ne va rien faire. Elle ne se positionne pas et c'est à moi de gérer. Tant qu'elle ne me dit pas de prendre la porte. Rire. »

Et pour vous, c'est un concept qui est important ?

« Oui ça fait partie du bien-être et de la qualité au travail. Savoir que l'on est reconnu pour la qualité du travail, de la prestation, je pense que pour tout agent, on a besoin de se sentir reconnu. Sinon, on va vers...je ne parlerai pas de maltraitance mais si pourquoi pas on peut parler de maltraitance à partir du moment, ou l'on n'a pas ce petit mot gentil, d'appréciation je dirai. Moi je

démarre toujours mes réunions en les remerciant de ce qui a été fait, de ce qui va bien. Je leur lis les petits mots des patients des familles que j'ai. Je les accroche. »

Et donc, vous avez déjà commencé à répondre, ça coule de source, pensez-vous posséder des leviers pour favoriser et influencer la reconnaissance des AS ?

« Je suis beaucoup dans la communication .Donc déjà, arriver le matin, dire bonjour à tout le monde individuellement, en nommant la personne. Ça fait partie de ces leviers pour la reconnaissance. »

Et donc la manière dont vous allez amener ces leviers, c'est la manière de manager ?

Oui

Donc vous pensez que la manière de manager va influencer sur le concept de reconnaissance ?

« Ah ben oui totalement. Etre un cadre c'est parfois je la vois toute seule à faire un lit. Et bien je vais l'aider. C'est aussi ça entre un cadre. On est cadre, on manage, mais quand il y a un souci, qu'on voit que l'AS est seule à faire, et bien je vais l'aider. Il n'y a pas de souci. A la moindre difficulté, elles peuvent compter sur moi. Ça fait partie je pense du rôle du cadre. »

Merci beaucoup.

De rien.

Entretien cadre n°3

Il s'agit d'une femme de 49 ans.

Depuis combien de temps exercez-vous le métier de cadre de santé ?

Et pouvez-vous m'énoncer votre parcours professionnel ?

« Je suis cadre de santé depuis janvier 2007, soit depuis 9ans. Et l'endocrino-diabétologie est mon 1^{er} poste. Donc, ça fait 9ans que j'y suis. Et donc, avant, j'étais infirmière en chirurgie, en réanimation neurochirurgicale dans un hôpital public parisien de l'AP-HP. Et du coup j'ai beaucoup travaillé en binôme avec les aides-soignants. »

Qu'en est-il à ce jour de la notion d'équipe ? Est-ce que pour vous, l'équipe que vous managez aujourd'hui à l'esprit d'équipe ?

« Alors, pour moi entre infirmiers, ils ont l'esprit d'équipe. Entre aides-soignantes, un peu moins. Je dirais, que d'une manière générale, ils ont l'esprit d'équipe, mais individuellement, ça peut être vu différemment. C'est à dire que dans la même corporation, ils ont l'esprit d'équipe. Chez les infirmiers, c'est certain, chez les aides-soignants, ils sont beaucoup plus individuels dans leur charge de travail. Au niveau infirmières-aides-soignants, cela dépend de l'individu. C'est en fonction de l'individu. »

Les aides -soignants travaillent-ils en binôme avec les infirmières ? Et travaillent-ils en pluridisciplinarité ?

« Alors, justement, ici quand je suis arrivée en 2007, ils ne travaillaient pas en binôme. Chacun avaient ces tâches de façon, les infirmiers avaient leurs tâches, les aides-soignants avaient leur tâches. Et ils ne travaillaient absolument pas ensemble. A aucun moment, il y avait un binôme. Ça c'était avec une population d'aides-soignantes un peu plus anciennes. Et l'arrivée d'aides-soignantes plus jeunes qui ont exprimés le souhait de travailler en binôme, il faut dire que moi venant de la réanimation, c'était quelque chose

qui me choquait. Donc, ces nouvelles aides-soignantes ont exprimés le souhait de travailler un peu plus avec les infirmières, donc de les aider un peu plus dans leurs tâches. Donc, actuellement nous sommes en train d'effectuer un travail sur le binôme aides-soignants-infirmiers. Et le frein actuellement, ce sont les anciennes aides-soignantes qui refusent absolument le binôme, et les nouvelles aides-soignantes qui s'attellent au binôme. Donc on a un peu deux équipes d'aides-soignantes. Les anciennes et les nouvelles, voilà. »

Et comment s'est articulé la mise en place du binôme ?

« On a essayé de voir les activités de chacune, et voir à quel moment elles peuvent être en binôme. Car contrairement, à la réanimation, elles ne peuvent pas être en binôme tout le temps. On a donc trouvé des moments dans la journée, où ce binôme pouvait se faire et où l'aide-soignante et l'infirmière pouvaient se retrouver pour des tâches communes. Et donc le matin s'est au moment de la distribution des thérapeutiques, de la prise de constantes et du petit déjeuner. Et l'après-midi, c'est autour de l'accueil du patient, et la préparation du coucher le soir. Donc, on voudrait qu'elles soient un peu plus ensemble. »

Et avez-vous l'impression que les aides-soignants travaillent en pluridisciplinarité ?

« Oui oui, complètement. Que ce soit avec le cadre, l'assistante sociale, la diététicienne. Quand elles ont une alerte, elles en parlent à l'infirmière, et donc elles vont voir l'assistante sociale pour alerter. »

Et auprès des médecins ?

« Pareil, quand elles ont un souci particulier. Quand elles ont une inquiétude pour un patient, elles vont voir d'elles même le médecin. Et en plus les aides-soignantes, on a trois staffs hebdomadaires. Et donc les aides-soignantes participent au staff et quand elles ont quelque chose à dire sur les patients, elles prennent aisément la parole. »

Selon vous, les aides-soignants de votre service, se sentent ils appartenir au groupe des soignants ?

« Oui. Mais, actuellement, on est dans une phase justement comme je vous disais. Exemple, les aides-soignantes d'après-midi étaient avant, beaucoup cantonnées aux désinfections. Elles ne faisaient que ça. Donc c'était choquant, elles ont fait 10 mois de scolarité pour avoir un métier bien particulier, et finalement, elles ne faisaient que des désinfections. Elles s'intéressaient pas plus que ça au patient. Elles n'étaient pas plus investies que ça auprès du patient. Et finalement, on a essayé de casser ce rythme, en organisant les sorties que le matin et pour qu'elles puissent consacrer une partie de l'après-midi, à l'accueil du patient et être en binôme avec les infirmières. Elles consacrent donc plus de temps au patient. Et comme je vous disais, les jeunes pour elles c'était une aubaine. Par contre, on a toujours du mal, avec les anciennes qui traînent un peu de la patte et trouvent toujours quelque chose à faire. Mais ce changement, cette nouvelle façon de travailler, c'est un peu perturbant pour elles. On a changé leur façon de faire, le rythme de travail, alors, c'est vrai que ça les perturbe pas mal ouais. »

Selon vous, est-ce que les AS de votre service se sentent reconnues ?

« Non, elles ont un gros souci de reconnaissance justement. Elles se disent qu'elles ne sont là que pour être les petites mains des infirmières. Pour elles, elles n'avaient pas trop leur place auprès du patient, vu qu'elles ne faisaient que les désinfections. »

Même les plus jeunes ?

« Oui. Et elles avaient l'impression, de ne pas avoir leurs mots à dire pour un patient. Mais on y travaille maintenant. Elles interviennent beaucoup plus au niveau des staffs. Et c'est vrai que ben elles vont aisément poser des questions, alerter si il y a besoin quoi. Mais, c'est un travail de longue haleine,

et on est en plein dedans. On va voir ce que ça va donner. Ca fait presque un an qu'on a commencé. »

Qu'est-ce que la reconnaissance pour vous

« C'est savoir reconnaître les compétences d'un professionnel. Silence.... »

Et pour vous est-ce un concept important ?

« Ah complètement. »

Et pourquoi

« Sans reconnaissance de sa profession et du travail fournit. Et la reconnaissance de soi, c'est important de reconnaître. Par la reconnaissance, on va...pas évident...Reconnaître le travail de quelqu'un et reconnaître quelqu'un, c'est lui donner une certaine valeur. Donc, valeur professionnelle, mais aussi individuelle. Beaucoup d'aides-soignantes, se dévalorisent assez. Ce qui est dommage. Et j'ai l'impression que cette jeune génération d'aides-soignantes qui arrivent, ont encore plus de besoin de cette reconnaissance. »

Pensez-vous posséder des leviers pour favoriser et influencer sur le concept de reconnaissance ?

« Oui, justement, ce travail en binôme. On les envoie aussi en formation, par rapport au tutorat. Et puis on les implique beaucoup dans les groupes de travail. Leur dire d'écrire dans les transmissions ciblées. Les faire participer à tout ça. »

Et elles adhèrent ?

« Oui complètement. »

Pensez-vous, que la façon de manager puisse influencer sur le concept de reconnaissance ?

« Oui oui complètement. Je pense que ça passe beaucoup par le cadre. C'est lui qui va inculquer cette reconnaissance ouais. »

Et vous, vous faites comment ?

« J'essaie de donner autant de force à la parole des aides-soignantes, que celle des infirmières. Je ne privilégie pas plus les infirmières que les aides-soignantes. Pour moi, il est nécessaire que les aides-soignantes et infirmières travaillent ensemble. Qu'elles s'écoutent, et qu'elles échangent. Je pense de toutes manières, que leur travail est très complémentaire. Une aide-soignante ne peut travailler sans l'infirmière. Et l'infirmière ne peut travailler sans aide-soignante. Donc, c'est vrai c'est quelque chose. On a besoin les unes des autres quoi. Et ça me perturbe toujours quand j'entends les aides-soignantes se dénigrer entres elles. Et on leur donne la possibilité, mais elles ne la saisissent pas toujours. Certaines, ont quand même bien compris qu'elles travaillaient en collaboration et là, ça passe. »

Merci beaucoup.

« De rien, pas de soucis. »

Entretien cadre n°4

Il S'agit d'une femme de 58 ans.

Depuis combien de temps exercez-vous le métier de cadre de santé ?
Et pouvez- vous m'énoncer votre parcours professionnel ?

« Ça fait 23 ans, depuis 93. »

Et vous avez toujours travaillé dans ce service en tant que cadre ?

« Oui. Et avant j'étais infirmière pendant plus de 15 ans. »

Alors qu'en est-il à ce jour de la notion d'équipe ? Quand j'entends par la notion d'équipe, c'est au sein de votre service, votre équipe à vous.
Avez- vous l'impression que cette équipe possède l'esprit d'équipe ?

« Oui. »

Et qu'est-ce qui vous permet de l'affirmer ?

« C'est parce qu'elles travaillent ensemble. Chacun a son individualité, mais justement la richesse de l'équipe, c'est de réunir toutes ces individualités. Et je les connais très bien. »

Les aides-soignantes travaillent elles en binôme avec les infirmières ?

« Alors pour certaines choses oui. Ils travaillent plus en binôme l'après- midi, parce que, c'est plus facile. Le matin c'est plus difficile, parce qu'il y a des impératifs comme les prises de sang, les repas, les toilettes. Donc, ce n'est pas facile de travailler en binôme à cause de la charge de travail et des répartitions des tâches. Mais, l'après-midi, on essaie qu'elles travaillent en binôme. »

Et pensez-vous qu'elles travaillent également en pluridisciplinarité ?
Avec les autres professionnels ?

« Ben on essaie oui. Il y a une relation avec les diététiciennes ici, avec le kiné, avec les médecins certes aussi parce que cela fait très longtemps que l'on travaille ensemble. Donc, c'est favorisé par ça aussi. Toute l'équipe, se connaît depuis très longtemps. Donc, c'est vrai, qu'on a l'habitude de travailler tous ensemble. »

Selon vous, les aides-soignants se sentent ils appartenir aux groupes des soignants ?

« Oui parce qu'ils sont partie prenante pour toutes les décisions. Ici tout est ouvert. A partir que l'on s'occupe du patient, c'est ouvert. Et on entend leurs demandes, et on tient compte de leurs remarques. Et c'est très important ça. »

Pour vous, au sein de votre équipe, est ce que les aides-soignants, se sentent reconnus ?

« Silence.....Par qui ? En général ? »

D'une manière générale.

« Alors, je pense qu'ils se sentent reconnus, mais sont toujours en manque de reconnaissance. Ils vont demander toujours plus je pense. Et c'est normal. »

Et qu'est-ce qui vous fait penser qu'ils sont toujours en manque de reconnaissance ?

« Par ce qu'ils le disent « On ne nous écoute pas assez, on ne nous entend pas assez ». Ils sont toujours en quête qu'on les valide dans leurs façons de

réfléchir, de prendre en charge les patients, dans leurs initiatives. Et auprès de tout le monde. Et il y a quelque chose qui est dommage, je pense que l'on ne fait pas assez de formation pour eux aussi. Ça c'est quelque chose que je regrette énormément. Que ce soit au niveau de l'institution, ou au niveau des laboratoires aussi, car on travaille avec les laboratoires sur le diabète. Et il n'y a vraiment pas assez de formation pour eux. C'est dommage, ce serait une façon de les reconnaître aussi. Là ce qui est bien par contre, c'est qu'ils ont faits une formation tutorat pour les encadrants AS, enfin !!!! Et ça, c'est une façon de voir qu'ils prennent en charge les stagiaires, qu'il les encadre, au même titre que les infirmiers quoi. »

Que représente pour vous la reconnaissance ?

« Pour moi...pff, moi de toutes façons, je n'attends plus de reconnaissance. Parce que je trouve, de toute façon, au niveau de l'institution, on en n'a pas. C'est plus une reconnaissance des patients, que les patients soient contents, nous remercient. Qu'ils aient bien été prise en charge, qu'ils soient contents de leur séjour quoi. Qu'on les entende dire, bon ben je ne reviendrais pas avec plaisir, ce n'est pas ça. Rires... Mais, ils savent qu'ils viennent au 5^{ème}, et que l'on s'occupera bien d'eux. Pour moi, je pense que c'est la plus belle reconnaissance. C'est le travail bien fait, et voir un patient qui n'était pas bien quand il est rentré et qu'il repart debout. Ça c'est !!! (Geste de la main vers le haut en exprimant non verbalement, que c'est l'apogée et le maximum de la reconnaissance ?) Et que les gens soient bien sur leur milieu du travail quoi. »

Est-ce un concept important ? Et pourquoi ?

« Si, il est important, par ce que ça permet d'avancer. Ça permet aux gens, de se positionner dans une équipe. C'est une validation de leur travail, de leurs actes. De savoir, qu'ils ont bien fait et qu'ils ont effectué une prise en charge personnalisée auprès du patient. Et ça leur permet d'évoluer dans leur profession. Et ça passe par des actes de délégation. Quand on leur délègue certains actes, c'est une totale reconnaissance de leurs compétences. Et ça permet l'évolution, des besoins de changer, et donc d'évoluer dans leurs

carrières. Comment dirais-je ? D'avoir envie de passer peut être infirmière. Je pense que ça fait évoluer. »

Pensez-vous posséder des leviers pour favoriser et influencer sur le concept de reconnaissance ?

« Ben oui. Il faut leur dire, quand ils ont bien travaillé. C'est bien, il faut les féliciter, s'il y a eu des initiatives, s'ils ont proposés des améliorations. Par ce que des améliorations, même dans l'organisation, ça peut venir de n'importe qui au niveau de l'équipe. Ce n'est pas que moi, pas que les infirmières. Un aide-soignant peut avoir une idée sur une amélioration, au niveau du service. Et surtout, il faut leur dire quand c'est bien. Comme ça, ils auront envie de s'impliquer. Et il faut leur donner des responsabilités aussi. »

Et que faites-vous dans le service pour leur donner des responsabilités ?

« On délègue. Par exemple, j'ai des référents tutorat pour les élèves aides-soignants. Ici au 5^{ème}, les aides-soignants, ont le droit d'effectuer les glycémies capillaires. Ils sont formés, ils ont été formés, ils savent, on sait que les gestes sont corrects. Et c'est pris en charge par les aides-soignants. Ça leur donne quelque chose en plus quoi. »

Et ils sont satisfaits de ça ? Vous avez un retour de leur part ?

« Ah oui, ils sont contents. »

Utilisez-vous d'autres outils ? Tel que l'entretien annuel ?

« Ça oui je l'utilise, mais je n'attends pas l'entretien annuel. Parce que ça, c'est qu'une fois par an. Ça ne sert à rien. Enfin, ce n'est pas que ça ne sert à rien, mais je n'attends pas ce moment-là pour leur dire que c'est bien, qu'ils ont bien fait. Et qu'ils ont évolué, et qu'ils ont des bonnes idées. Non il faut le dire tout de suite. »

Et pensez-vous que le mode de management puisse influencer sur la reconnaissance ?

« Ben oui par ce que la reconnaissance fait partie du management. Enfin, par nos discours, par notre façon de les encadrer, on fait passer ou non cette notion de reconnaissance. En tout cas elle s'appuie, elle s'inscrit dans le mode de management, c'est très important. »

Et quel mode de management utilisez-vous ?

« Il n'est pas inscrit dans les livres. C'est silence... j'ai de l'affectif, je ne peux pas le nier. Et c'est surtout le respect. Parce que moi, je parle du principe, que l'on peut tout leur demander ou presque, à condition que l'on est la bonne façon de le demander. La bonne façon de dire les choses. J'utilise la bonne façon pour la bonne personne. Et c'est donnant-donnant. Il ne faut jamais oublier. J'ai plus besoin d'eux, qu'ils n'ont besoin de moi. Si eux accepte quelque chose de moi, moi il faut que j'accepte quelque chose d'eux. Ça va toujours dans les 2 sens. C'est une relation duale. Ce n'est pas que de l'information descendante. Et je peux dire que je peux presque tout leur demander. On est là pour conduire, mais c'est eux qui mènent au fond. Ils ont le volant, je leur donne juste les directions. »

Merci beaucoup.

« De rien. »

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

Mémoire

Aide-soignant :
Des compétences avérées...une reconnaissance mitigée.
Le rôle du cadre de santé pour valoriser cette profession.

GUIBERT Véronique

MOTS CLÉS :

Aide-soignant-Cadre de santé-Identité-
Reconnaissance-Management
participatif-Slow-management-gpec.

KEY WORDS :

Auxiliary nurses-healthcare manager-
Identity- Participative management-slow-
management-gpec

RÉSUMÉ

Le but de cette étude vise à mesurer le degré d'appartenance et de reconnaissance des aides-soignants et identifier les différents leviers managériaux exploitables pour les cadres de santé pour favoriser l'implantation de cette reconnaissance. Lors de mon expérience professionnelle, j'ai remarqué l'émergence d'un complexe ressenti par les aides-soignants, lié à un sentiment de manque de reconnaissance. En effet, à leur manière, ils ressentaient un complexe d'infériorité se sentant pleinement subordonnés et peu reconnus. Ils pouvaient s'enfermer dans ce sentiment de soumission et cette attitude préjudiciable jouait encore davantage sur le manque de reconnaissance qu'ils semblaient éprouvés. J'ai donc débuté un travail de recherches littéraires. Les entretiens semis-directifs m'ont permis de mesurer leur degré de reconnaissance et d'identifier de potentielles solutions managériales pour le cadre. Les entretiens m'ont permis de faire de belles découvertes explicitement exposées dans ce travail de recherche

ABSTRACT

The aim of study is to measure the degree of belonging and professional recognition of the auxiliary nurses and to identify the various managerial actions that health care managers can be propose to improve this recognition process. Throughout my career, I have assisted at an inferiority complex among the auxiliary nurses. This complex was mostly nurtured by the lack of recognition. Feeling they were nothing more but unrecognized subordinates auxiliary nurses could lock themselves into a feeling of submission and this detrimental attitude reinforced the lack of recognition they felt. I thus began a literature search. The semi directive interviews enable me to measure their degree of recognition and to identify potential managerial solutions for the healthcare manager. The interviews enabled me to make beautiful discoveries explicitly exposed in my research task.