

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil
Diplôme Cadre de Santé

Mémoire



*La légitimité du cadre de
santé, facteur de
fidélisation ?*



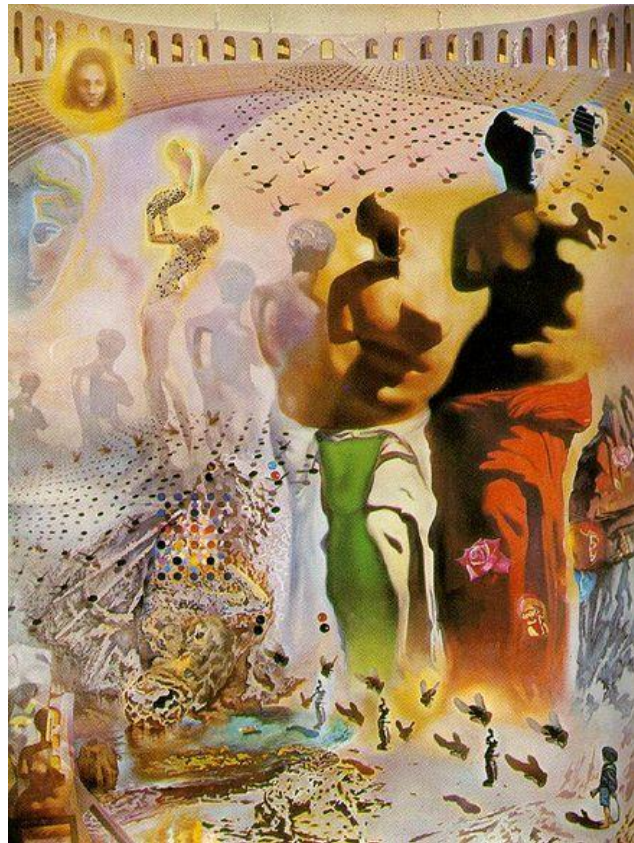
Anne ROUZAUD

2011-2012

DCS@11-12

Groupement d'intérêt public

42 bd Jourdan, 75014 PARIS – Tél 01.56.61.68.60 – Fax
01.56.61.68.59 Esm@ecolemontsouris.fr – www.univ-paris12.fr/montsouris



« J'ai toujours préféré la folie des passions à la sagesse de l'indifférence. »

Anatole France

¹ *The Hallucinogenic Toreador* (1968), Salvador DALI, <http://www.google.fr>, consulté le 03/03/12.

Remerciements

Je tiens à remercier Michel TOUCHARD pour m'avoir autorisé à rester moi-même tout au long de la réalisation de ce mémoire, pour sa bienveillance et son optimisme.

A tous les professionnels, étudiants, enseignants, que j'ai croisé sur ma route cette année et qui ont participé à mon cheminement professionnel et personnel.

Et j'ai une pensée particulière pour tous ceux qui m'accompagnent dans la vie, pour le temps si précieux qu'ils m'ont accordé dans des moments de doutes et leurs présences discrètes à mes côtés.

Sommaire

<i>Sommaire</i>	1
<i>Glossaire</i>	4
<i>Introduction</i>	6
1 <i>Thème de la recherche</i>	8
1.1 <i>Réflexion initiale</i>	8
1.1.1 <i>Le constat</i>	8
1.1.2 <i>Du questionnement initial... à la problématique</i>	10
1.1.3 <i>A l'origine du constat</i>	11
1.2 <i>Une inquiétante réalité</i>	12
1.2.1 <i>Etat des lieux du secteur de la santé mentale</i>	12
1.2.2 <i>Les motifs d'insatisfaction des infirmiers</i>	14
1.2.3 <i>Regard de nos sociétés contemporaines sur la psychiatrie</i>	16
1.2.4 <i>Les représentations soignantes de la psychiatrie</i>	17
1.2.5 <i>Hypothèse de départ</i>	19
2 <i>Les déterminants de la fidélité</i>	19
2.1 <i>Apports théoriques</i>	19
2.2 <i>Les composantes de la fidélisation</i>	21
2.2.1 <i>Les hôpitaux aimants : Le cercle vertueux</i>	22
2.2.2 <i>Les caractéristiques des environnements favorables</i>	23
2.2.3 <i>Les caractéristiques individuelles</i>	24
2.3 <i>Les enjeux de la fidélisation</i>	28
2.3.1 <i>Impact des départs volontaires</i>	28
2.3.2 <i>La dimension démographique</i>	30

2.3.3	<i>La dimension économique.....</i>	<i>31</i>
2.3.4	<i>La dimension sociétale</i>	<i>32</i>
3	<i>La légitimité du cadre de santé</i>	<i>37</i>
3.1	<i>L'évolution des rôles du cadre de santé en secteur psychiatrique... 37</i>	
3.1.1	<i>Une profession mais plusieurs métiers</i>	<i>38</i>
3.1.2	<i>Être cadre de santé en secteur psychiatrique</i>	<i>40</i>
3.1.3	<i>Positionnement du cadre de santé dans l'hôpital de demain.....</i>	<i>42</i>
3.2	<i>Le pouvoir/L'autorité.....</i>	<i>45</i>
3.2.1	<i>L'autorité</i>	<i>45</i>
3.2.2	<i>Pouvoir et leadership</i>	<i>46</i>
3.3	<i>La légitimité.....</i>	<i>50</i>
3.3.1	<i>Éléments de définition</i>	<i>50</i>
3.3.2	<i>La légitimité : Un idéal à conquérir.....</i>	<i>51</i>
3.3.3	<i>La légitimité du cadre de santé : Un idéal démocratique.....</i>	<i>52</i>
4	<i>L'enquête exploratoire</i>	<i>55</i>
4.1	<i>La méthodologie de l'enquête exploratoire</i>	<i>55</i>
4.2	<i>Choix de l'outil</i>	<i>55</i>
4.2.1	<i>L'entretien semi-directif pour les CDS</i>	<i>55</i>
4.2.2	<i>Le questionnaire pour les IDE</i>	<i>56</i>
4.3	<i>Choix de l'échantillonnage</i>	<i>56</i>
4.3.1	<i>Choix des établissements et des personnes sélectionnées</i>	<i>56</i>
4.3.2	<i>Lieu des entretiens, mode de distribution et de restitution des questionnaires</i>	<i>57</i>
5	<i>Exploitation de l'enquête</i>	<i>58</i>
5.1	<i>Analyse des entretiens auprès des cadres de santé.....</i>	<i>58</i>
5.1.1	<i>Fidéliser : Une construction multidimensionnelle.....</i>	<i>59</i>

5.1.2	<i>Les limites à la fidélisation</i>	64
5.1.3	<i>Un management personnalisé mais des valeurs communes</i>	65
5.2	<i>Analyse des questionnaires destinés aux infirmiers</i>	67
5.2.1	<i>Les caractéristiques personnelles et professionnelles des IDE</i>	67
5.2.2	<i>La représentation de la notion de fidélisation pour les infirmiers</i>	71
5.2.3	<i>Causes de départs évoquées par les infirmiers</i>	74
5.2.4	<i>Les infirmiers et leur encadrement</i>	75
5.3	<i>Synthèse de l'enquête</i>	77
6	<i>Biais et limites de l'enquête</i>	78
7	<i>Quelques pistes de réflexion</i>	79
	<i>Conclusion</i>	82
	<i>Bibliographie</i>	83

Glossaire

ARC : Association pour la Recherche sur le Cancer.

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.

ARHIF : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France.

CDS : Cadre de santé.

CII : Conseil International des Infirmiers.

CNRS : Centre National de Recherche Scientifique.

CSS : Cadre Supérieur de Santé.

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

DRASSIF : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France.

DRH : Direction des Ressources Humaines.

DSSI : Direction du Service des Soins Infirmiers.

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique.

ESI : Etudiant en Soins Infirmiers.

FPH : Fonction Publique Hospitalière.

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire.

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat.

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONEMFPH : Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière.

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Introduction

Nous vivons, depuis quelques années déjà, une véritable transformation de notre système de santé. L'hôpital et tous ses acteurs sont amenés à accompagner le patient dans une trajectoire de soins « dans » et « en-dehors » de ses murs. Le secteur de la psychiatrie doit lui aussi s'adapter à cette restructuration nécessaire. Cette logique répond à une augmentation constante de la demande de soins de la population, pour de diverses raisons, auquel l'hôpital seul ne peut plus faire face.

De nouveaux acteurs apparaissent dans le champ sanitaire, ainsi les secteurs social et médico-social participent dorénavant à garantir une offre de soins de qualité. Face à l'inégale répartition démographique des professionnels de santé, les territoires de santé sont eux-mêmes revisités en profondeur, afin d'assurer un système accessible à tous et plus juste.

La dimension holistique de la prise en charge du patient à l'hôpital est révolue, ce dernier doit être assisté de nombreux partenaires. Le décroisement entre les structures sanitaires, sociales et médico-sociales, mais aussi entre l'hôpital et la ville et entre le public et le privé, est en marche.

La société elle aussi a changé, son exigence, à l'égard de la qualité des soins et des conditions d'hospitalisation, en est la preuve. La posture du malade n'est plus la même, de patient il tend à devenir client, la relation entre l'hôpital/patient se contractualise et c'est tout un savoir être soignant qui est mobilisé. Si le patient a changé, le soignant lui aussi se mue. A l'heure où le travail n'est plus « toute sa vie » mais « une de ses vies », l'individu est en quête d'une relation harmonieuse entre la sphère professionnelle et la sphère intime.

Dans ce contexte général qui s'est complexifié, la pénurie croissante d'infirmiers en secteur psychiatrique affecte à la fois les conditions de travail et la qualité des soins. Et au-delà, cette pénurie peut à terme fragiliser considérablement la pérennité de l'établissement. Parce que ce qui fait la force d'une entreprise, c'est avant tout son personnel qualifié. Dès lors, la fidélisation des infirmiers à l'hôpital psychiatrique doit être envisagée comme « la » stratégie managériale. L'enjeu à venir pour les cadres de santé, entre autre, est d'accompagner et de soutenir leurs infirmiers dans les défis qu'ils auront à relever.

Je vais, au travers de ce mémoire, vous présenter mes réflexions concernant ces mutations tant institutionnelles, sociétales que comportementales. Je me suis attachée à rendre compte des réalités, au travers de nombreuses lectures sur ces sujets, et à proposer quelques leviers qui permettront je l'espère, à la future cadre de santé que je suis, de fidéliser au sein de son unité des soignants accomplis et sereins.

1 Thème de la recherche

1.1 Réflexion initiale

1.1.1 *Le constat*

Ce qui a initié ma démarche circonscrite au thème de la fidélisation des infirmiers (IDE) en secteur psychiatrique a plusieurs origines.

Diplômée depuis 1998 en soins généraux, j'ai très tôt marqué mon appétence pour le domaine de la psychiatrie, ses lieux de soins, ses patients particuliers et cet esprit décalé où le travail d'introspection, le questionnement intime et la passion de la clinique sont des composantes omniprésentes chez les soignants. J'ai bénéficié dès mon arrivée dans un grand service de psychiatrie d'un centre hospitalier spécialisé, d'un encadrement, d'un accompagnement de proximité propice à mon épanouissement professionnel, de la part de soignants expérimentés, solides et quelques peu anticonformistes...

Force est de constater que le choix de cette spécialité souvent fantasmée, a suscité plus d'un commentaire de la part de mes camarades de promotion et de l'ensemble de mes connaissances. Entre admiration excessive et mépris vaguement dissimulé, j'ai découvert combien cette spécialité souffrait d'une image quelque peu galvaudée. Aujourd'hui, avec l'expérience de mes réussites comme de mes échecs (essentiel dans l'apprentissage de la relation à l'autre en psychiatrie), le temps n'a fait que confirmer mon choix initial mais je m'interroge toujours sur l'ambivalence dans laquelle se situe cette spécialité, entre curiosité et ostracisme.

Second constat, avec l'Arrêté du 23 mars 1992, le diplôme d'Etat polyvalent est créé, c'est la fin de la formation spécifique des IDE de secteur psychiatrique, et du salariat des élèves infirmiers, cette unification entre les deux filières (psychiatrique et soins généraux) avec un programme commun d'études a considérablement amoindri la propension des étudiants enclins à s'orienter vers le domaine de la psychiatrie. Le contexte actuel de mutation des organisations hospitalières a quant à lui largement amputé les équipes soignantes, majoré par la pénurie du personnel notamment infirmier ; cela pose un véritable problème dans ce secteur.

En effet, la culture psychiatrique essentiellement orale repose sur un héritage de terrain par l'observation d'acteurs de la santé expérimentés, ce patrimoine précieux

implique de fait que les jeunes diplômés soient chapeautés par leurs aînés. Cet apprentissage est nécessaire dans la construction identitaire de l'IDE de secteur psychiatrique, par l'acquisition d'un savoir être qui lui permettra d'adopter une attitude soignante alliant proximité et distance relationnelle. Au fur et à mesure du temps, j'ai pu constater que les jeunes soignants jetés en pâture dans un univers dont ils ne maîtrisent ni les rouages, ni le langage, ni le sens clinique se retrouvent isolés chaque jour davantage. Contraints de s'orienter vers des spécialités anoblies par une technicité reconnue et plébiscitée, ils conservent un souvenir amer d'une expérience douloureuse dans le champ de la psychiatrie où ils se sont sentis abandonnés.

L'institution consciente de cet état de fait a mis en place depuis 2007 un système de tutorat pour pallier ce manque à gagner. Car si les difficultés ne se situent pas seulement au niveau du recrutement et donc de l'attractivité, elles se manifestent cruellement au niveau de la fidélisation du personnel infirmier, avec une perte conséquente dans l'année suivant l'embauche. Malika TOUAK dans son Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique² définit « *le tutorat ou compagnonnage comme un dispositif global et cohérent, visant une meilleure adaptation des nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie, en complément de la poursuite des mesures d'amélioration de leur formation initiale. Le tutorat se définit comme toute situation pédagogique d'accompagnement individualisé au sein de laquelle chacun apprend, notamment sur la base d'un mécanisme d'identification, alors que les tuteurs ne sont pas à priori des professionnels de l'enseignement.* »

En ma qualité de tuteur, je participe donc à cette mission avec enthousiasme et rapidement j'entrevois les limites de ce dispositif légitime mais optionnel. Les jeunes diplômés soit n'optent pas pour le compagnonnage, soit il est effectif mais ne parvient pas à répondre à sa mission initiale, la fidélisation. L'ordre infirmier dresse par ailleurs le constat suivant, cinq ans après la création du tutorat : « *Il ne peut y avoir d'efficacité des soins psychiatriques sans une expertise clinique infirmière garantissant l'observance, la continuité, la globalité et la qualité des réponses aux besoins des patients et de leurs proches. Les mesures de tutorat infirmier, mises en œuvre pour répondre à minima à ce*

² ***Le tutorat des infirmiers en psychiatrie : un levier stratégique pour le directeur des soins***, Malika Touak, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Promotion : année 2009, septembre 2009, 35 p.

besoin de formation spécifique et faciliter l'adaptation des nouveaux infirmiers, n'ont pas permis d'atteindre cet objectif d'expertise³. »

1.1.2 Du questionnement initial... à la problématique

Je mesure dès lors que la tâche qui nous incombe me dépasse et me questionne. En effet, le tutorat n'a pas pour ambition à lui seul d'enrayer une réalité multifactorielle mais il a éveillé en moi le désir de réfléchir sur la notion de fidélisation des soignants (entendre infirmiers). Mes interrogations initiales sont donc les suivantes : Quelle politique de fidélisation faut-il mettre en œuvre pour retenir les infirmiers ? Quels sont les leviers à la disposition du cadre de santé (CDS) pour fidéliser ses soignants et particulièrement en secteur psychiatrique ? Quels vont être les moyens et les limites de la fidélisation des acteurs de santé ? Quelle est l'influence du CDS dans cette entreprise, essentielle ou secondaire ?

J'ai travaillé durant plus d'un an, en qualité d'IDE, dans un grand service comprenant trois unités distinctes (une unité d'entrants, une unité de patients stabilisés et une unité de patients polyhandicapés). L'originalité de ce service reposait en partie sur l'autonomie dont disposait chaque agent pour se positionner dans l'unité de son choix. L'absence de routine et la diversité des prises en charge étaient sans conteste source d'épanouissement professionnel. L'équipe soignante ne souffrait pas encore d'une pénurie sévère, cependant le service se trouvait dépourvu de deux CDS. La situation au demeurant provisoire, s'éternisait et plus le temps passait, plus les IDE ou infirmiers diplômés de secteur psychiatrique s'enfuyaient. Les départs étaient en lien direct avec l'absence d'encadrement intermédiaire et même si la cadre supérieure de santé tentait de répondre aux attentes spécifiques de l'équipe, les places laissées vacantes créaient un espace vide dans lequel s'engouffraient tous les dérapages. Certains agents, en l'absence d'une autorité bienveillante, ont témoigné d'une incapacité à l'autonomie et à la responsabilisation. Les dégâts collatéraux ne se sont pas fait attendre, retards, départs avant l'heure, piètre implication dans le travail, pauses interminables... Tandis que d'autres manifestaient d'une conscience professionnelle louable, ils se sont néanmoins vite fatigués de ces injustes conditions de travail. L'ambiance délétère, entre soignants

³ *De l'infirmier au travail à l'infirmier spécialisé en santé du travail*, rapport de synthèse, Ordre National des Infirmiers, Janvier 2011, consulté le 13/11/11, <http://www.ordre-infirmiers.fr>.

« responsables » et soignants « irresponsables », a eu comme conséquence une déperdition des IDE de qualité.

Je découvre alors, non sans stupéfaction, que l'investissement au travail ne va pas de soi. La nécessité d'un encadrement fort et juste m'est apparue alors comme une condition à l'équilibre d'une équipe. En découle la problématique suivante :

Dans quelle mesure, la reconnaissance du CDS par son équipe soignante, influence-t-elle la fidélisation ?

1.1.3 A l'origine du constat

Dans cette situation délicate de pénurie d'IDE, partagée par l'ensemble de la communauté psychiatrique, la fidélisation pour mieux être appréhendée, doit être interrogée sur son origine. Si l'on considère le principe de fidélisation tel un outil, on doit au préalable déterminer les raisons inhérentes au départ précipité des soignants. Je m'appuierai donc en partie sur un rapport de la DRASS-ARH Ile de France, datant de juin 2008⁴ :

- ✚ l'unification des diplômes infirmiers en 1992 qui a favorisé l'orientation quasi-systématique des étudiants vers les soins généraux ;
- ✚ un marché du travail très ouvert avec, notamment, des différences entre les secteurs privés et publics ;
- ✚ les départs massifs à la retraite des infirmiers de secteur psychiatrique amorcés dès 1999, accentuant la perte des compétences et de l'expérience ;
- ✚ l'augmentation tendancielle des besoins en soins et une consommation médicale croissante, en lien avec l'évolution démographique de la population française ;
- ✚ les environnements économique et politique qui imposent des moyens limités et exigent de « faire plus avec moins » ;
- ✚ les patients/clients qui deviennent de plus en plus exigeants (qualité totale, transparence, risque zéro...), voire des usagers dont les comportements frisent l'incivilité ;

⁴ *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, référentiel d'aide à l'élaboration de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels*, Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, Paris, juin 2008, 42 p.

- ✚ une généralisation de l'accréditation, le principe d'autoévaluation et les démarches pour l'amélioration des pratiques (démarches qualité, responsabilisation individuelle et collective, évaluation des pratiques professionnelles...) et leur corollaire de niveau d'exigence (objectifs à atteindre) ;
- ✚ des conditions de travail éprouvantes liées aux contraintes horaires, à la pénibilité physique, une responsabilité accrue, la fatigue morale ou « *burn out* », le poids de la hiérarchie ;
- ✚ un écart considérable entre l'idéal soignant et la réalité de l'exercice professionnel ;
- ✚ la désaffection de la part de jeunes soignants au profit d'unités techniques plus valorisantes, au regard des intérêts mis en avant par le système de santé ;
- ✚ une image préjudiciable du travail IDE en secteur psychiatrique (mythe de la monotonie et de l'absence de technicité) et des représentations souvent erronées des maladies mentales (folie, violence...).

Toutes ces raisons précédemment citées ont un lien direct ou indirect avec les difficultés de fidélisation des infirmiers en secteur psychiatrique. Elles contribuent à l'accélération du phénomène de « *turn over* », de nomadisme (engagement moindre des personnels) et donc de nouveaux comportements au travail à gérer.

Ainsi, il m'apparaît opportun dans un premier temps, de mettre en lumière la situation particulière de la santé mentale dans le contexte sanitaire actuel. Je rendrai compte dans un second temps, de l'image véhiculée par la psychiatrie dans la société, et j'explorerai les représentations soignantes à l'égard de cette spécialité.

1.2 Une inquiétante réalité

1.2.1 Etat des lieux du secteur de la santé mentale

Dans un contexte sanitaire en forte mutation, pour des raisons politiques, sociétales et économiques, la question de la fidélisation des professionnels de santé est prépondérante et largement commentée dans différents travaux, essais, mémoires et articles.

Le phénomène au demeurant isolé de nomadisme (par opposition à la fidélisation) des personnels soignants, conjugué au problème récurrent de recrutement, est aujourd'hui

une réalité certaine qui tend à fragiliser un peu plus encore un système de santé en restructuration.

La fidélisation des acteurs de santé est un enjeu considérable au sein de l'hôpital psychiatrique pour la transmission, l'acquisition des savoirs et des compétences inhérentes à cette spécialité médicale et surtout pour la qualité des soins apportés aux personnes. A la lecture de nombreuses recherches sur le sujet, celle de l'OMS est évocatrice de la situation spécifique de ce secteur :

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé⁵, « *les maladies mentales se classent au troisième rang des maladies en termes de prévalence et sont responsables du quart des invalidités. En médecine générale, elles se situent au deuxième rang derrière les maladies cardio-vasculaires. Les études épidémiologiques comparées, menées dans plusieurs pays européens, montrent que la prévalence des différentes pathologies psychiatriques est relativement élevée en France. Toutes les estimations indiquent que ce bilan devrait s'alourdir dans les prochaines années...*

Dans ce contexte d'augmentation des besoins en soins psychiatriques et de Santé Mentale de la population, le constat de la pénurie de soignants spécialisés en psychiatrie notamment infirmiers est préoccupant. En effet, le bilan fait par l'ONEMFPH⁶ montre que 54% des infirmiers vont partir à la retraite entre 1999 et 2015, ce qui représente plus de 90 000 départs, avec un pic en 2011...

D'ailleurs, la psychiatrie figure parmi les spécialités qui ont le plus de mal à recruter et de nombreux postes restent vacants dans certaines régions. Ainsi, les jeunes professionnels s'orientent préférentiellement vers d'autres secteurs souvent techniques. Le secteur de la santé mentale souffre aussi de la perte de compétences du fait du départ massif à la retraite des « papy boomers ». Le corps des infirmiers en secteur psychiatrique est en voie d'extinction depuis 1992, date de l'adoption d'un diplôme d'Etat unique. L'effet cumulé de ces facteurs peut être dommageable pour la qualité et la sécurité des soins et

⁵ *Le tutorat des infirmiers en psychiatrie : un levier stratégique pour le directeur des soins*, Malika Touak, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Promotion : année 2009, septembre 2009, 35 p.

⁶ *Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière*. Rapport sur les facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans le champ sanitaire, social, médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations, mars 2007, 177 p.

des agents, s'il n'y a pas la mise en place d'une stratégie en termes de recrutement, de formation et de fidélisation. »

Ainsi le concept de fidélisation est omniprésent dans les écrits relatifs aux difficultés de fonctionnement des établissements sanitaires et aux solutions à envisager. L'intérêt d'une telle politique est conditionné par la capacité à faire fonctionner les unités de soins dans des conditions de sécurité satisfaisantes, et donc à disposer du personnel nécessaire. La capacité à attirer des professionnels compétents et à les garder est donc essentielle.

1.2.2 Les motifs d'insatisfaction des infirmiers

Les motifs d'insatisfaction au travail sont étroitement liés aux causes de départ des infirmiers. L'étude du Conseil International des Infirmières (CII) quant à elle, lors de la journée internationale de l'IDE le 12 mai 2007⁷, nous enseigne la chose suivante: *« les contraintes telles que des situations de soins avec des malades relevant de problématiques complexes, le manque d'effectifs pendant de longues périodes, peuvent amener les professionnels à écourter leur carrière à l'hôpital voire dans l'exercice du métier. Les motifs d'insatisfaction au travail les plus fréquemment évoqués sont : la surcharge de travail, le sentiment de ne pas offrir des soins de qualité au patient, l'épuisement professionnel, le manque de reconnaissance, l'absence de soutien de la part de la direction et de l'encadrement, le manque de contrôle sur le travail, des horaires difficilement compatibles avec une vie privée et de façon plus récente le niveau de rémunération.*

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

A l'occasion de la 16^{ème} journée nationale d'études des cadres de santé qui s'est tenue à Montpellier, les 12 et 13 janvier derniers, les CDS interrogent la souffrance au travail de la manière suivante⁸: *« Comment la modernisation du travail a-t-elle pu*

⁷ *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, référentiel d'aide à l'élaboration de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels*, Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, Paris, juin 2008, 42 p.

⁸ <http://www.espaceinfirmier.com> , consulté le 28/01/12.

engendrer sentiment d'abandon, isolement, précarité, peur de ne pas y arriver et méfiance à l'égard des autres ? » La question soulevée par Marie-Paule VALEIX, formatrice à l'IFCS de Montpellier a ouvert le débat sur une réalité partagée par tous. Sociologue au CNRS, Danièle LINHART évoque l'existence d'une souffrance éthique des soignants, en soulignant que cette souffrance éthique (les conflits de valeurs chez les soignants obligés de faire des choses qu'ils désapprouvent) était « *très présente dans les entretiens et consultations menés auprès des professionnels soignants.* » En effet, pour Nicolas SANDRET, médecin inspecteur du travail, « *si le travail peut être destructeur, c'est aussi parce qu'il est constructeur d'identité.* » La quête de reconnaissance au travail est une constante, c'est avoir le sentiment d'être utile au monde et le sentiment du travail bien fait. Pour un IDE en secteur psychiatrique l'appréciation de son travail se lit dans le regard du patient, elle est aussi personnelle et enfin au travers du jugement de sa hiérarchie. Cette triangulaire entre soi, le patient et le CDS détermine le rapport au travail du soignant. L'attitude adoptée par l'encadrement doit être bienveillante à l'égard de son personnel, parce que si l'IDE a besoin de se sentir reconnu entre autre par sa hiérarchie, la réciprocité existe tout autant. Le CDS a besoin de se sentir reconnu, c'est-à-dire utile, auprès de son équipe.

On mesure au travers de ces recherches l'incidence des souffrances au travail sur la qualité des prises en charge, parce qu'un soignant qui va bien, c'est aussi un patient qui va bien. Toutes ces frustrations au travail ont entraîné des départs précipités d'agents, des mutations, voir des abandons de la profession. On ne peut que déplorer les déficits de soignants dans le domaine de la santé mentale, tant au niveau des acteurs de soins que des missions qu'ils doivent réaliser. Ce mal-être au travail majore ostensiblement la pénurie et compromet les conditions de travail qui elles même impactes directement sur la qualité des soins. Et pour la société qu'en est-il ?

1.2.3 *Regard de nos sociétés contemporaines sur la psychiatrie*

La conception de la maladie mentale est propre à chaque société et témoigne d'approches différenciées du fonctionnement psychique. Pour Nicole HORASSIUS⁹, dans notre société actuelle, deux images de la psychiatrie se confrontent :

- ✚ L'image ancienne, d'une psychiatrie asilaire qui enferme, qui interne et qui drogue. Cette représentation archaïque est un héritage du XIX^{ème} siècle, elle fait appel à la peur inconsciente de la folie. Elle est toujours présente dans les esprits, associée aux meurtres, à la violence, à un climat d'insécurité, elle suscite les fantasmes les plus singuliers.
- ✚ L'image plus actuelle, d'une psychiatrie susceptible d'apporter un soulagement au « mal-être » social. L'évolution de la discipline tient d'une part du fait de la meilleure compréhension des pathologies et des thérapeutiques plus appropriés et d'autre part un changement des mentalités et de la question de la place de l'individu dans la société.

Pour l'auteure, l'augmentation de la demande de soins dans ce domaine serait corollaire à l'évolution scientifique et technique : « *Les espérances suscitées à juste titre sur le plan thérapeutique par la médiatisation des données, et le pouvoir idéalisé de la médecine, multiplient et potentialisent les attentes*¹⁰. » Ainsi, les demandes individuelles et collectives à l'égard du soin sont en constante augmentation.

En outre, notre société est caractérisée par « *la pléthore informative et l'immédiateté de l'image et de l'information* », ainsi la médiatisation du trouble mental au travers d'une multitude d'articles et d'émissions grand public comme « Faut-il avoir peur des schizophrènes ? », les sujets traitant d'anorexie, des troubles obsessionnels compulsifs, des phobies et toxicomanies alimentent une étrange curiosité. Néanmoins la banalisation de la maladie mentale est un progrès réel pour la réinsertion des individus au cœur de la société. Mais la psychiatrie est aujourd'hui dépositaire des souffrances de tous horizons. La notion de santé mentale est d'ailleurs très vague, la réponse sanitaire étant parfois bien insuffisante pour prendre en charge des phénomènes sociaux fort complexes et qui doivent s'accompagner de mesures sociales, éducatives, voire judiciaires. « *Tout se passe comme si*

⁹ La Fédération Française de Psychiatrie (2003), *Livre blanc de la psychiatrie*, Editions John-Libbey Eurotext, Paris, pp 57-58.

¹⁰ Ibidem.

nous offrions d'avantage (au sens symbolique) avec en corollaire une promesse thérapeutique (...) Il existe une attente sociale à l'égard de la psychiatrie afin que celle-ci « soigne » les comportements désadaptés sans distinction claire entre anormalité du point de vue social, comportemental ou légal, et trouble psychiatrique.¹¹ »

La place de l'individu par rapport au groupe et à la collectivité est en mutation permanente, tout comme les besoins et les obligations vis-à-vis de soi et des autres. L'impératif actuel de notre société est celui du bien-être, de l'équilibre optimal, du désir toujours satisfait et d'une image sociale sans faille. Ainsi, le soin spécialisé peut être idéalisé et envisagé comme la promesse de combler tous les manques et toutes les failles narcissiques : *« Cette image idéalisée du soin à consommation rapide correspond à celle d'un fonctionnement psychique dont le psychiatre serait le réparateur.¹² »*

La psychiatrie est depuis toujours une discipline singulière du champ médical parce qu'à mi-chemin du biologique, du psychologique et du social. Elle entend maintenir et amplifier le dialogue avec la société, notamment en ce qui concerne les réponses à apporter aux nouvelles demandes. Je conclurai ce chapitre avec les propos de Jean-François ALLILAIRE, Professeur de Psychiatrie à la faculté de médecine de Paris VI, qui met en exergue une autre dérive possible de la discipline dans son évolution et les enjeux de sa place à venir dans la société : *« La psychiatrie est amenée à réfléchir de façon approfondie à son champ de compétence propre, tout en restant critique vis-à-vis des demandes croissantes d'expertise et d'évaluation attendues par les institutions sociales et les politiques, pour protéger la société contre les débordements individuels. Demandes qui risquent de transformer le citoyen responsable en un citoyen assisté et surveillé car soupçonné de pouvoir mettre en cause par ses comportements individuels un équilibre social de plus en plus instable et conflictuel.¹³ »*

1.2.4 Les représentations soignantes de la psychiatrie

Force est de constater que ce secteur ne rencontre pas un franc succès auprès des jeunes générations soignantes. Depuis 1992, date à laquelle la formation unique s'est mise

¹¹ Ibid., 9.

¹² La Fédération Française de Psychiatrie (2003), *Livre blanc de la psychiatrie*, Editions John-Libbey Eurotext, Paris, pp 57-58.

¹³ <http://www.asmp.fr> , consulté le 29/01/12.

en place, le désenchantement et le désintérêt pour la santé mentale n'ont cessé de croître. A cela, plusieurs explications sont avancées.

Certaines représentations nuisent à l'image de la discipline, Isabelle RICHARD dans son Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique¹⁴ évoque concernant le domaine de la gériatrie deux mythes persistants, celui de la monotonie et celui de l'absence de technicité. Il me paraît judicieux de transposer ces interprétations à la discipline qui nous intéresse. En effet, ces deux idées sont fréquemment évoquées par les acteurs ne travaillant pas en secteur psychiatrique et bien plus encore par les étudiants lors des stages.

Le mythe de la monotonie : Cette conception provient sans doute du fait qu'il règne une ambiance tout à fait particulière au sein des unités. Le temps semble en effet « suspendu » et chaque patient est en prise avec sa souffrance psychique. Le travail repose sur une prise en charge spécifique, le soignant devant s'adapter à la personnalité de l'individu, à son histoire et à sa pathologie. Il s'agit d'un accompagnement de proximité dans tous les actes de la vie quotidienne où l'observation est essentielle à la réflexion clinique. La singularité tient surtout du fait qu'il n'y a pas à proprement parler de guérison mais de stabilisation de la symptomatologie. L'accompagnement se déroule sur du très long terme, le plus souvent tout au long de la vie du patient. Ce microcosme pour un novice est souvent vécu difficilement et le regard porté est critique, le sentiment d'ennui est fréquemment exprimé par les étudiants, résumant le travail infirmier au célèbre « jeux de cartes-café-tabac ». Accéder à ce qui fait le réel de l'activité en psychiatrie suppose une connaissance théorique des pathologies et une analyse de terrain. Seule l'expertise de soignants expérimentés permet d'entrevoir la dimension soignante dans la relation à l'autre. C'est la notion du « travail invisible » longuement explicitée par Christophe DEJOURS pour qui : « *Toutes ces tâches requièrent une mobilisation subjective du travailleur dans des registres invisibles parce que relationnels, voire intersubjectifs.*¹⁵ »

Le mythe de l'absence de technicité : Les jeunes diplômés font part d'une appréhension concernant leur employabilité ultérieure dans une autre discipline au motif

¹⁴ *Les stratégies d'attractivité et de fidélisation du personnel en milieu hospitalier : l'exemple de la profession infirmière en gériatrie aux hospices civils de Lyon*, Isabelle Richard, Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique, Promotion 2006-2008, novembre 2008, 89 p.

¹⁵ Dejours Christophe (2004), *L'impossible mesure du travail invisible*, Sciences Humaines, N°154, novembre 2004.

d'une perte des compétences techniques trop importante. De fait une grande majorité des infirmiers en début de carrière, préfère s'orienter vers des spécialités plus techniques. Il est vrai que la valorisation du travail infirmier lorsque l'on vient d'être diplômé, se fait notamment par la maîtrise d'une technicité complexe, le besoin d'être en permanence en activité et voire « sur sollicité ». Cette nécessité d'être dans l'urgence et dans le « faire » est difficilement compatible avec le « savoir être » invoqué par la discipline psychiatrique.

La psychiatrie à ce jour est largement déconsidérée, que ce soit par la société, par ses pairs ou par les soignants eux même. Dès lors, il m'apparaît essentiel de concentrer mon travail de recherche autour du concept de la fidélisation. L'enjeu est de taille et au centre des préoccupations des cadres de santé ; ils ont à relever le défi et à répondre à la crise démographique des infirmiers hospitaliers, pour que l'hôpital public spécialisé en santé mental reste un employeur attractif.

1.2.5 Hypothèse de départ

La crédibilité du CDS repose en partie sur sa reconnaissance par l'équipe. Le cadre ainsi reconnu est de fait légitimé, il peut donc s'investir, accompagner et soutenir une équipe motivée et mobilisée dans la réalisation de projets audacieux et innovants. C'est cette dynamique qui est à l'origine de la valorisation des agents au travers de leur travail et du sens retrouvé. Ainsi, sa propre légitimité est un des outils (leviers) essentiels au cadre de santé en secteur psychiatrique, pour conduire une stratégie de fidélisation solide qui aboutisse à la fidélité des infirmiers de son unité.

2 Les déterminants de la fidélité

2.1 Apports théoriques

A la lecture de nombreux ouvrages sur la gestion des ressources humaines et plus particulièrement sur les relations entretenues entre les salariés et leur entreprise, il apparaît que le concept de fidélisation recouvre des interprétations très diverses. Cependant chacun s'accorde avec le postulat de REICHELDT¹⁶ pour qui, « *la fidélité des partenaires (salariés, clients et actionnaires) occupe une place essentielle dans la réussite des entreprises.* »

¹⁶ *La fidélisation des cadres : une étude exploratoire*, Laurent GUILBERT, Sana Henda, « Carrières et contextes » 5^{ème} journée d'étude sur les carrières, Lyon, 22-23 mai 2008, 18 p.

J.M. PERETTI définit le concept de fidélisation comme « *l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés. Par suite, un salarié fidèle présente une ancienneté significative dans l'entreprise, une très faible propension à rechercher et à examiner les offres d'emploi externes et, d'une façon générale, un sentiment d'appartenance fort* ». ¹⁷ Cela implique de la part de l'entreprise une démarche stratégique, on parle ici d'un ensemble de mesures afin de favoriser la fidélisation. Sous tendu qu'il n'existerait pas de fidélité spontanée mais bien une volonté managériale de garder en son sein des salariés compétents. En d'autre terme la fidélité d'un employé résulterait d'un dispositif de fidélisation de l'entreprise.

Or MEYSSONNIER ¹⁸ quant à lui considère que « *le salarié poursuit son attachement à long terme avec l'organisation pour deux raisons : soit parce qu'il le veut, soit parce qu'il se sent obligé* ». Ainsi, on voit bien ici que la stabilité du salarié dans l'entreprise n'est pas nécessairement représentative d'un état de fidélité comme l'explique VALLA ¹⁹ dans la mesure où « *la durée des relations ne peut être considérée comme un bon indicateur de la nature des relations entre les acteurs* ». En effet, une relation de confiance peut s'instaurer entre le salarié et son supérieur hiérarchique sans qu'il soit pour autant fidèle à son entreprise. Tandis que d'autres sont fidèles à leur entreprise et entretiennent des relations plus que conflictuelles avec leur employeur.

La fidélisation ne joue pas nécessairement un rôle central dans le processus de fidélité du salarié, cette stabilité est en lien avec d'autres facteurs qu'il conviendra d'explorer plus en amont.

Enfin, PAILLE ²⁰ rejoint J.M. PERETTI en résumant que « *la fidélité insiste sur les conduites individuelles en situation professionnelle tandis que la fidélisation amène l'entreprise à mobiliser des dispositifs de management pour obtenir la fidélité de ses salariés* ». Et d'ajouter qu'il faut également observer « *l'existence de conduites proactives et l'absence de comportements contre-productifs* ». Ce qui lui permet de redéfinir le

¹⁷ Peretti Jean Marie (1999), *Gestion des Ressources Humaines*. Vuibert, Paris, 287 p.

¹⁸ Meyssonier R (2005), *L'attachement des salariés à leur entreprise, ses déterminants et ses conséquences. Le cas des ingénieurs*. Thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille III Paul Cézanne, IAE Aix-en-Provence.

¹⁹ *La fidélisation des cadres : une étude exploratoire*, Laurent GUILBERT, Sana Henda, « Carrières et contextes » 5^{ème} journée d'étude sur les carrières, Lyon, 22-23 mai 2008, 18 p.

²⁰ Paillé Pascal (2004), *La fidélisation des ressources humaines*, Economica, Paris, 268 p.

concept de fidélisation de la manière suivante : « *le salarié est fidèle à son organisation lorsqu'il justifie d'une ancienneté significative et d'un désintérêt pour les opportunités professionnelles externes, mais également lorsqu'il adopte, dans le cadre de son travail, une ligne de conduite qui privilégie les efforts continus et évite tout acte de nature à perturber volontairement le fonctionnement de son organisation* ».

PAILLE, distingue par ailleurs trois formes de fidélité au travail :

- ✚ la fidélité réelle caractérise « *une relation qui conjugue la pérennité des liens entre un salarié et son organisation à la persévérance de l'effort dans le travail. Les salariés adoptent alors des comportements de citoyenneté organisationnelle qui augmentent la cohésion d'équipe et améliorent le climat de travail, ce qui amplifie leur désir de rester membres de leur organisation* » ;
- ✚ la fidélité conditionnelle est fonction du sentiment que les récompenses matérielles que le salarié reçoit pour son efficacité et ses efforts, « *sont conformes à ses attentes, en termes de développement professionnel et d'employabilité* » ;
- ✚ la fidélité de façade caractérise les salariés qui restent dans leur entreprise non pas par volonté mais par obligation : « *le départ réel dépend, d'une part de la perception des coûts individuels liés au fait d'abandonner les avantages associés à sa position professionnelle, et d'autre part, de la perception de volume d'alternatives professionnelles existantes sur le marché de l'emploi* ».

2.2 Les composantes de la fidélisation

Dans le secteur privé, le développement de la concurrence nationale et internationale impose aux entreprises de demeurer compétitives. Pour ce faire, elles ont du réfléchir à l'équation complexe d'allier performance économique et fidélisation des salariés de talent. Cela a permis aux entreprises de comprendre que les hommes qui les constituent représentent leur force et qu'elles doivent les mettre au cœur de leurs préoccupations pour assurer leur pérennité. La fidélisation des salariés est un projet stratégique d'entreprise. Il s'agit de prendre en compte les compétences internes et les préoccupations de chacun pour les intégrer dans l'organisation.

L'intérêt d'une telle politique apparaît tout aussi évident dans le cadre d'un établissement de santé. Le contexte du marché du travail dont le déséquilibre entre l'offre

et la demande ne cesse de s'accroître, impose à la gestion des ressources humaines de lutter contre la concurrence et ainsi d'être compétitive au même titre que son homologue du secteur privé. Les constats de difficultés de fidélisation des infirmiers ont amené des chercheurs à s'intéresser aux caractéristiques de nature organisationnelle qui seraient favorables à leur satisfaction au travail et à la qualité des soins. Les travaux les plus marquants ont permis de mettre en évidence des hôpitaux qualifiés d'attractifs, désignés sous le terme de « *magnet hospitals* », et d'identifier les facteurs qui les caractérisent. Par la suite d'autres études, notamment celle du Conseil International des Infirmières (2007), ont permis de conforter ces facteurs et de les enrichir.

2.2.1 Les hôpitaux aimants : Le cercle vertueux

« Ce qui est bon pour le patient est bon pour le soignant », ainsi pourrait être la devise des hôpitaux aimants.

« *Le terme d'hôpital aimant désigne un établissement capable d'attirer et de retenir des infirmières bien qualifiées et de dispenser régulièrement des soins de qualité. Apparus aux Etats-Unis dans les années 80, les hôpitaux aimants et les principes qui les sous-tendent se sont depuis internationalisés* »²¹. En effet, dans un contexte de pénurie sévère, certains hôpitaux se distinguaient par un taux de vacances et de rotation de leur personnel remarquablement bas, ce qui interrogea l'American Academy of Nursing (ANA). Dans le souci d'identifier un environnement de travail de qualité pour les infirmiers, une étude fut lancée en 1982 afin de déterminer les caractéristiques propres à ces établissements.

Cette étude a permis d'isoler trois stratégies communes aux hôpitaux aimants :

- ✚ engagement marqué de l'encadrement en faveur des infirmières et des services infirmiers ;
- ✚ exercice d'un leadership infirmier déterminé ;
- ✚ compétitivité des salaires et prestations sociales.

Le concept d'hôpital attractif, associe qualité des soins et satisfaction du personnel. Il postule que l'un ne va pas sans l'autre et que ce cercle vertueux est un des moyens qui permettent aux hôpitaux de retenir leur personnel soignant malgré les fortes contraintes qui pèsent sur eux actuellement.

²¹ *Environnements favorables à la pratique*, Journal Association FSI-USJ 2007, consulté le 15/12/11, <http://www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2007/arti5.pdf>.

D'autres travaux ont permis de déterminer plus précisément les éléments en faveur de la fidélisation du personnel soignant à leur organisation, éléments communément appelés « *environnements favorables à la pratique* ».

2.2.2 Les caractéristiques des environnements favorables

Des études, conduites en Europe ces dix dernières années, ont fait émerger des modèles applicables aux environnements de travail des IDE. Ces modèles ont un avantage, ils offrent la possibilité de s'intégrer à n'importe quel contexte professionnel, de la petite structure rurale aux grands hôpitaux urbains. KRISTENSEN²² a élaboré un modèle de bien-être social et psychologique, reposant sur six facteurs contribuant à l'épanouissement de l'individu au sein de son organisation :

- ✚ des demandes qui correspondent aux ressources dont dispose la personne sollicitée (absence de pressions au travail) ;
- ✚ une forte prédictibilité (sécurité de l'emploi et sécurité du travail) ;
- ✚ le soutien social des collègues et de l'encadrement et l'accès à l'éducation et aux opportunités de formation continue (travail en équipe, congé sabbatiques) ;
- ✚ un travail gratifiant (identité professionnelle) ;
- ✚ un haut niveau d'influence (autonomie, contrôle de l'emploi du temps, leadership) ;
- ✚ un équilibre entre effort et récompense (rémunération, reconnaissance, récompenses).

Par ailleurs, ces facteurs viennent corroborer la notion d'environnement favorable, défini par le CII à l'issue de la journée internationale de l'IDE du 12 mai 2007. Il détermine cette notion comme suit²³ : « *Des contextes professionnels propices à l'excellence du travail dans de bonnes conditions pour l'employé. L'accent est mis sur la sécurité, la santé et le bien-être personnel, sur la qualité des soins dispensés aux patients et sur le*

²² *Environnements favorables à la pratique*, Journal Association FSI-USJ 2007, consulté le 15/12/11, <http://www.fsi.usj.edu.ib/anciens/journal2007/arti5.pdf>.

²³ *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, référentiel d'aide à l'élaboration de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels*, Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, Paris, juin 2008, 42 p.

renforcement de la motivation, de la productivité et de la performance des individus et des organisations ». Les caractéristiques des environnements favorables à la pratique sont :

- + un environnement favorable à la santé, à la sécurité et au bien-être au travail ;
- + des charges de travail et des exigences professionnelles équitables et gérables ;
- + un niveau de stress tolérable ;
- + un climat organisationnel propice à la cohésion d'équipe ;
- + le maintien d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée ;
- + l'égalité des chances et de traitement ;
- + des possibilités d'évolution professionnelle ;
- + la valorisation de l'identité et de l'autonomie professionnelle ;
- + la sécurité de l'emploi, des avantages sociaux et salariaux ;
- + des effectifs garantissant la sécurité ;
- + le soutien et la supervision participative ;
- + un climat favorable à la communication et empreint de transparence ;
- + une reconnaissance individuelle et collective ;
- + un matériel suffisant pour répondre aux besoins ;
- + la disponibilité de personnel ressources.

Ainsi, la mise en place, le suivi et l'amélioration continue d'une politique de fidélisation des IDE nécessitent le travail et la coordination de toute l'organisation. Chacun de ses membres y contribue à sa mesure : la direction, le service des Ressources Humaines, les cadres et les salariés eux-mêmes.

La difficulté de la fidélisation réside surtout dans le fait qu'elle ne peut s'organiser sans la participation active de l'individu.

2.2.3 Les caractéristiques individuelles

On ne peut évoquer le concept de fidélisation sans rappeler celui de fidélité, ces deux notions interagissant entre elles sans que l'on puisse véritablement déterminer le rapport de causalité. Dans les travaux consacrés à la fidélité, sont abordées les notions de motivation, d'implication et de satisfaction que je vais à présent expliciter.

La motivation :

Difficile d'appréhender la motivation sans reprendre la théorie de MASLOW²⁴ datant de 1943. Ces travaux ont été réalisés avec Frederick HERZBERG (cité plus en amont) auprès de salariés de l'industrie pour comprendre ce qui pousse les hommes à travailler. La théorie des motivations dit en résumé que l'homme a des besoins, qu'il agit pour satisfaire ses besoins et enfin que l'énergie qui pousse à l'acte s'appelle la motivation. Il conçoit alors le modèle de la pyramide, en hiérarchisant cinq niveaux de besoins, un nouveau niveau de besoin apparaît quand le niveau précédent est satisfait (cf. annexe 1).

La motivation au travail correspondrait par ailleurs, aux « *forces internes et externes favorisant le déclenchement, l'intensité et la persistance du comportement* »²⁵. Cette interprétation nous renvoie à la difficulté d'observer directement la motivation d'une personne parce qu'elle dépend de facteurs propres à l'individu mais aussi à des facteurs externes. Elle peut aussi se définir plus simplement comme suit : « *C'est vouloir quelque chose intensément et volontairement* »²⁶. Mais vouloir définir la motivation paraît illusoire tant elle revêt des analyses divergentes. A la lecture d'innombrables concepts sur le sujet, celle de PINDER²⁷ m'a paru intéressante : « *Le niveau de motivation peut-être soit faible soit fort, variant à la fois entre les individus à des moments déterminés, et chez une même personne à différents moments, et selon les circonstances* ». Dans son travail de recherches intitulé ***La motivation au travail***, Patrice ROUSSEL²⁸ conclut que le climat de travail est un déterminant essentiel à la motivation. Les relations entre les employés et avec l'encadrement, le type de management exercé, l'ampleur de la charge de travail sont autant d'éléments qui influencent la motivation et qui dépendent de choix politiques de ressources humaines.

L'implication :

L'implication au travail se décline en trois points²⁹ :

²⁴ ***Motivation, satisfaction, implication, adhésion***, La confiance au cœur de vos réussites, AKENA, consulté le 23/12/11, <http://letempsdesmanagers.files.wordpress.com>

²⁵ ***La fidélisation des cadres : une étude exploratoire***, Laurent GUILBERT, Sana Henda, « Carrières et contextes » 5^{ème} journée d'étude sur les carrières, Lyon, 22-23 mai 2008, 18 p.

²⁶ Dortier Jean-François, ***Dictionnaire des Sciences Humaines*** (2004), Edition Sciences Humaines, 888 p.

²⁷ Ibid., 26.

²⁸ Ibid., 26.

²⁹ Ibid., 26.

- ✚ L'implication est le fait d'être concerné personnellement par un événement ou une situation, c'est-à-dire à chaque fois que l'on touche au soi de l'individu, à son identité, ou à la perception qu'il a de lui ou qu'il donne aux autres ;
- ✚ l'engagement est une attitude professionnelle qui résulte de dispositions psychologiques conduisant l'individu à se sentir lié à son organisation de manière tacite ou non. Cet engagement peut être moral, affectif ou rationnel ;
- ✚ l'attachement au travail est défini par MEYSSONNIER comme « *une proximité psychologique qui reflète l'importance que représente l'entreprise pour le salarié. Il désigne un lien étroit, une intimité entre le salarié et son entreprise et correspond à une intensité relationnelle stable et durable avec l'organisation* ».

Avec l'implication, le salarié est fidèle parce qu'il adhère aux objectifs et aux valeurs de l'entreprise, c'est un processus intellectuel d'identification d'où découle un sentiment d'appartenance fort. Ce processus souvent conscient et parfois inconscient est important, puisque cette identification se développe aussi vers l'extérieur produisant une image positive de l'institution. « *De cet engagement découle finalement un plus fort attachement engendrant moins de comportements de rupture (démissions) comme de comportements de dérobades (retards, pauses prolongées, absentéisme)* ». ³⁰

La satisfaction :

Elle a été étudiée très tôt en psychologie car elle était appréhendée comme un moteur de la performance. Pour Frederick HERZBERG³¹, psychologue Américain, elle se définit par la réalisation d'attentes conscientes ou inconscientes. La satisfaction se ressent après la motivation, elle en est d'ailleurs une des résultantes. Il présente en ce sens une théorie anthropologique de l'homme au travail, qu'il fonde sur l'analyse d'un double mythe, baptisé le mythe d'Adam et d'Abraham. En effet, l'homme cherche à s'échapper à la douleur (Adam) et à grandir psychologiquement (Abraham). De cette ambiguïté que chacun cherche à faire cohabiter, naissent des facteurs de satisfaction et d'insatisfaction. L'accomplissement, la reconnaissance de l'accomplissement, le travail lui-même, la responsabilité et la progression sociale sont des facteurs de satisfaction.

³⁰ *Atelier « Gestion des RH et fidélisation du personnel »*, Rapport C. Hirsch et L. Firoben, CCRH-Plénière de printemps 2002, 17/04/2002, 18 p.

³¹ <http://fr.wikipedia.org> consulté le 23/12/11.

Une étude réalisée par une école supérieure de commerce de Bordeaux a permis de caractériser plusieurs dimensions de la satisfaction³² :

- ✚ liée au poste comme l'évolution professionnelle, la rémunération, l'autonomie, le rapport travail/hors travail ;
- ✚ liée à l'organisation comme les moyens matériels, la définition du rôle, l'ambiance, l'information sur la politique adoptée ;
- ✚ liée à l'environnement comme le positionnement de l'entreprise et la conjoncture sectorielle.

En outre, ce qui se dégage en conclusion de cet écrit est l'émergence d'une dimension importante ; il s'agit de la considération qui est définie comme le degré selon lequel un responsable développe des relations de travail basées sur un intérêt mutuel, sur le respect des idées de ses subordonnées et sur la prise en compte de leurs sentiments.

Depuis quelques années, une notion plus moderne est dégagée, c'est la notion de plénitude. Elle correspond au désir profond, cher à l'humain, d'être en adéquation avec son environnement. Cet idéal nouveau a été mis en lumière par MACCOBY³³ et concerne les attentes de la nouvelle génération de salariés vis-à-vis de leur travail. La notion de plénitude intègre la capacité de se maîtriser, de créer, de comprendre, d'entretenir avec les autres une relation qui ait un sens et enfin d'éprouver un sentiment de dignité et d'intégrité. Les cinq conditions à la plénitude sont les suivantes :

- ✚ être l'objet d'attention : les stratégies du « chacun pour soi » et de l'indifférence génèrent de l'inquiétude, tandis que les attentions positives développent de la confiance, elles permettent de s'épanouir et de créer un environnement harmonieux ;
- ✚ être libre : c'est la faculté de quitter l'entreprise lorsque les conditions de travail deviennent oppressantes ;
- ✚ être discipliné : elle peut sembler paradoxale mais une autorité bienveillante est gage de sécurité et de ce fait apaisante au regard des sollicitations induites par la société de consommation ;

³² *Un Modèle Global de la Satisfaction au Travail*, ESC Bordeaux, François Durrieu, consulté le 23/12/11, <http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/pdf/durrieu.pdf>.

³³ *Motivation, satisfaction, implication, adhésion*, La confiance au cœur de vos réussites, AKENA, consulté le 23/12/11, <http://letempsdesmanagers.files.wordpress.com>

- ✚ être équilibré : résulte de la réflexion de ce que l'on veut vraiment, de trouver les chemins pour y parvenir et de s'en donner les moyens ;
- ✚ être engagé : concentrer son énergie sur les projets qui nous permettent de nous épanouir.

Ces aspirations nouvelles sont en lien avec les mutations économiques, sociales et sociétales auxquelles les jeunes générations sont confrontées. Dans un monde à l'avenir incertain, la quête de spiritualité et du sens donné à sa vie apparaissent légitimes. Cette notion de plénitude doit être considérée avec une attention particulière afin que l'institution devienne un moyen et un partenaire à sa réalisation.

Ces caractéristiques individuelles sont complexes, plurielles et interdépendantes, elles s'apparentent à un ensemble de comportements en interaction et dont découle la fidélité à l'entreprise. Elles s'inscrivent dans un schéma de réciprocité avec l'institution, dès lors que cette dernière a entrepris une politique de fidélisation efficace, innovante et altruiste.

2.3 Les enjeux de la fidélisation

Quel intérêt un établissement de santé, et à fortiori spécialisé en santé mentale, a de vouloir fidéliser son personnel ? Est-ce judicieux au regard de la tendance actuelle où la mobilité s'inscrit dans une logique professionnelle ? L'institution doit elle s'adapter à cette nouvelle attitude face au travail ou au contraire s'engager dans une stratégie opiniâtre de fidélisation ?

2.3.1 Impact des départs volontaires

Je tenterai d'y répondre dans un premier temps, en me référant au rapport de C. HIRSCH et L. FIROBEN³⁴ relatifs aux départs volontaires et à leurs corollaires. Ils expliquent en effet, que toutes entreprises ou organisations sont soumises aux départs naturels de leur personnel, ce phénomène n'est pas préjudiciable par essence. Certains éléments sortent tandis que d'autres entrent, c'est parfois l'occasion de reconfigurer une équipe, une manière de travailler et permet d'apporter un souffle nouveau.

³⁴ *Atelier « Gestion des RH et fidélisation du personnel »*, Rapport C. Hirsch et L. Firoben, CCRH-Plénière de printemps 2002, 17/04/2002, 18 p.

Cependant, il convient d'être prudent concernant le domaine de la santé mentale où le déséquilibre entrants/sortants est inquiétant depuis de nombreuses années et celles à venir n'augurent pas d'une évolution positive. Il y a lieu de considérer sérieusement ce bilan car l'impact sur l'activité, les résultats, la qualité et la santé de l'institution, peut-être lourd de conséquences.

Les auteurs ont donc recensé les points positifs et négatifs pour les départs volontaires :

Les points positifs des départs volontaires :

- + dynamisation, stimulation ;
- + idées nouvelles, remise en question par les nouveaux collaborateurs des façons de faire traditionnelles ;
- + connaissances ou techniques plus récemment acquises ;
- + motivation des nouveaux venus et effet de contagion ;
- + effet sur la moyenne d'âge (évite un vieillissement des effectifs) ;
- + réduction d'effectifs sans licenciements, si besoin est.

Les effets indésirables d'un « *turn over* » trop important :

- + perte de savoir, de compétences, d'expérience ;
- + coûts engendrés par le remplacement, l'intégration et la formation de nouveaux collaborateurs, ainsi que le temps consacré ;
- + effort à fournir si les compétences nécessaires et les compétences disponibles ne sont pas en adéquation ;
- + efficacité moindre pendant la période d'intégration d'un nouveau venu ;
- + mauvais retour sur investissement des moyens de formation pour les agents partis ;
- + pénibilité accrue pour ceux qui restent ;
- + sous-effectifs temporaires ou durables ;
- + détérioration du climat social avec un sentiment d'inéquité et d'impuissance voire d'indifférence de la hiérarchie ;
- + fragilisation de la culture d'entreprise par l'impossibilité de développer une culture forte, cohérente et le manque d'adhésion à cette dernière ;
- + déstabilisation des employés qui travaillent auprès de collègues sur le départ, de fait désinvestis et motivés par leur avenir en dehors de la structure.

Dans ces conditions, c'est la capacité de l'établissement à réaliser pleinement ses missions et à atteindre ses objectifs, qui est en jeu.

Nous pouvons distinguer par ailleurs, trois principaux enjeux de la fidélisation pour les établissements de santé que je déclinerai selon les axes suivants : démographiques, économiques et sociétaux.

2.3.2 La dimension démographique

Elle est de toute évidence en lien avec le départ massif en retraite des « papy-boomers », cette conjoncture longtemps redoutée est aujourd'hui une réalité qui pose de nombreux problèmes. A la fois pour le remplacement de ces personnels les plus expérimentés au sein de l'organisation mais aussi pour la transmission des compétences et des savoirs faire. En psychiatrie, où l'ensemble des pratiques soignantes reposent davantage sur un savoir être, l'impact du départ d'IDE confirmés et donc de talent, est un cercle vicieux. Cette carence dans le compagnonnage induit pour le jeune diplômé de nombreuses situations complexes à gérer et qui à terme, amène parfois le soignant à quitter cette spécialité.

D'autres paramètres entrent cependant en ligne de compte, c'est l'augmentation tendancielle de la demande et de la consommation de soins, qui sont elles-mêmes en lien avec l'évolution démographique de la population (vieillesse).

Isabelle RICHARD³⁵ nous dit la chose suivante : « *Un déséquilibre durable s'est installé sur le marché du travail, au cours des années 2000, concernant la profession infirmière. Le nombre d'offre excédait ainsi le nombre de demandes de plus de 30% en 2000 et il y avait en 2002 1,7offres pour une demande d'emploi seulement. Dans le cadre d'une enquête menée auprès des employeurs sur les besoins en main d'œuvre par profession, celle d'infirmier arrive en première position à partir de 2003, devançant les professionnels du bâtiment* ».

Or, si l'on se réfère aux données statistiques, on constate que le nombre d'infirmiers en activité n'a cessé de croître et à un rythme soutenu depuis les années 1970, passant de

³⁵ *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, référentiel d'aide à l'élaboration de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels*, Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, Paris, juin 2008, 42 p.

246 000 en 1980 à 500 000 en 2010. Cette progression des effectifs infirmiers devraient selon les projections se poursuivre, à un rythme moindre, d'ici à 2020³⁶. Cette situation paradoxale résulte en partie de l'augmentation de la demande de soins qui s'avère toujours supérieure au nombre de professionnels. On estime à environ 15 000 postes infirmiers vacants en 2010 pour les salariés du secteur public. Les entrées prévisibles ne couvriront pas les départs attendus. En effet, pour l'ONEMFPH (cité précédemment) 54% des IDE partent à la retraite entre 1999 et 2015, ce qui représente plus de 90 000 départs avec un pic en 2011.

« La pénurie infirmière repérable au niveau mondial, est en partie attribuable à des milieux de travail inadéquats et de qualité insatisfaisante. De plus, il existe des disparités géographiques et territoriales importantes, entre type de structures, disciplines et secteur d'exercice »³⁷.

2.3.3 La dimension économique

La maîtrise des dépenses de santé est un objectif devenu incontournable et nécessaire pour que la Fonction Publique Hospitalière (FPH) continue à assumer ses missions, d'égal accès à des soins de qualité pour tous, de continuité des soins, qu'ils soient préventifs, curatifs ou palliatifs et sans discrimination aucune.

La situation économique actuelle en France, n'épargne en rien notre système sanitaire public et je tenterai d'apporter quelques éléments afin de décrire l'évolution des conditions de travail soumise à des contradictions complexes « faire plus et mieux avec moins ».

La raréfaction des ressources du secteur hospitalier implique une régulation des dépenses. De ce fait, les réformes relatives à la gouvernance des hôpitaux responsabilisent et impliquent l'ensemble des professionnels hospitaliers à cet impératif économique.

D'une part, les pouvoirs publics ont l'ambition d'optimiser l'offre de soin par l'organisation sanitaire territoriale afin de rationaliser les dépenses hospitalières, la loi

³⁶ *Pénurie infirmière, le constat : Ce qui s'améliore, ce qu'il reste à améliorer*, CRIPPM ARHIF-DRASSIF, M Chaboissier, consulté le 26/12/11, <http://www.parhtage.sante.fr>

³⁷ *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, référentiel d'aide à l'élaboration de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels*, Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, Paris, juin 2008, 42 p.

HPST en étant un exemple. La démarche est simple, développer la prise en charge ambulatoire pour raccourcir les durées des séjours hospitaliers (très onéreux). Si cette démarche est légitime, les conséquences n'ont pas tardé à se faire ressentir sur le travail des soignants en secteur psychiatrique où le nombre de lits d'hospitalisation a considérablement diminué (30% en 10 ans). L'accélération des prises en charge et les sorties prématurées de patients encore fragiles, afin de libérer des places pour des situations plus urgentes, ont amputé le travail d'accompagnement propre à la discipline. La frustration des soignants résulte du sentiment de réaliser un travail inachevé et peu valorisant (la majorité des patients reviennent rapidement dans le circuit de l'hôpital). Répondre à l'urgence en permanence ne permet pas des prises en charge de qualité, ce temps que les IDE jugent nécessaire pour être auprès du patient et donner un sens à leur pratique n'est plus. La nécessité d'un partenariat avec le secteur extrahospitalier prend donc tout son sens et devra être réorganisé à l'avenir pour décroiser l'intra hospitalier.

D'autre part, la recherche de la rationalisation des dépenses a conduit les établissements de santé à reconsidérer leur charge salariale. Si cette dernière est effectivement conséquente, elle représente néanmoins la force de l'institution. La rationalisation des coûts au travers des effectifs doit être envisagée avec prudence car toute confusion entre rationalisation et rationnement sera préjudiciable à terme pour l'établissement. La politique consistant soit à réduire les effectifs sans diminuer l'activité, soit à augmenter l'activité (par la capacité d'accueil) à effectif constant, participe à plus ou moins long terme à faire peser une charge de travail trop lourde. En cherchant à faire des économies, l'organisation paye le prix fort de la démobilisation, du *turn over*, de l'absentéisme des agents et de la déstabilisation de l'équipe et donc du système dans son ensemble.

On voit bien ici, tout l'intérêt pour les établissements publics d'encourager une stratégie de fidélisation pour qu'économie et santé puissent être garants de la qualité des prises en charge.

2.3.4 La dimension sociétale

Les mutations économiques, les bouleversements de la famille, les transformations technologiques (information et communication), et les changements institutionnels prouvent que les sociétés contemporaines ne cessent d'évoluer, ainsi les groupes sociaux se recomposent et de nouvelles formes de sociabilité apparaissent. Pour Alain

DEGREMONT³⁸, Maître de conférences en sciences économiques à l'Institut du Travail de Strasbourg, « *L'affaiblissement des grandes institutions intégratrices que sont l'Etat et la famille ou l'école et l'entreprise, la fin des identités collectives fondées sur l'appartenance à une classe sociale et à un syndicat ou un parti politique ou une religion, enfin la montée de l'individualisme laissant à chacun une plus grande latitude dans ses choix et ses comportements, représentent ainsi quelques-unes de ces grandes tendances relevées par toutes les analyses de la société française.(...) Ainsi, plutôt que comme un ensemble homogène, gouverné par quelques principes directeurs, la société française apparaît plutôt aujourd'hui, comme un ensemble hétérogène, dessinant la vision d'une société plus éclatée, composite et diversifiée* ».

Notre société occidentale, dominée par une économie de marché et un consumérisme assumé, exacerbe l'individualisme et la défense des intérêts particuliers. Ayant satisfait tous nos besoins, le principe dominant repose à présent sur l'assouvissement de nos désirs dans l'instant. Nos représentations traditionnelles de la société sont dépassées, son évolution impacte indubitablement le monde hospitalier dans son ensemble et influence singulièrement le comportement des soignants d'une part et celui des patients d'autre part.

2.3.4.1 Soignants : Un rapport au travail différent

Le sentiment d'appartenance fort à une institution appartient au passé, notamment chez les jeunes générations pour lesquelles l'exigence de la qualité de vie et de l'épanouissement professionnel est une condition fondamentale. Le rapport que chacun d'entre nous entretient avec le travail découle de nombreux facteurs et bien que nous soyons tous formés avec des valeurs professionnelles communes, chaque génération développe des valeurs personnelles propres à son histoire, aux contextes économiques, politiques et sociétaux dans lesquels elle grandit.

Tout l'intérêt de l'approche générationnelle est de comprendre quelles sont les motivations et les comportements communs, dont chaque représentant porte l'héritage et qui conditionnera son rapport à l'autre et au travail. Parce que chaque génération partage à la fois des expériences similaires et des influences culturelles, cela va déterminer des valeurs communes à chacune d'entre elle.

³⁸ <http://savoirs.u-strsbg.fr> , consulté le 01/04/12.

Ainsi, trois générations cohabitent sur le marché du travail selon William Strauss et Neil Howe³⁹. Pour ces sociologues Américains chaque génération est baignée dans un contexte historique et social durant sa jeunesse qui va définir des valeurs, qui elles-mêmes vont définir des représentations du travail puis un comportement au travail et enfin un travail en équipe : c'est le processus générationnel.

Ces auteurs caractérisent par ailleurs trois générations chez les occidentaux :

- ✚ la génération des Baby-boomers, nés entre 1945 et 1963 (individus âgés de 46 à 64 ans en 2009) dite ambitieuse, égoïste et grande consommatrice ;
- ✚ la génération X, individus nés entre 1964 et 1979 (âgés de 30 à 45 ans) dite pragmatique, cynique et économe ;
- ✚ la génération Y, individus nés entre 1980 et 1995 (âgés de 14 à 29 ans) dite multitâche, contestataire et grande consommatrice.

Les Baby-boomers, nous dit L.MARIAGE-GAUDRON, sont plus nombreux à détenir des emplois bien rémunérés et permanents, ils sont plus riches que leurs parents et les plus jeunes. Ils ne banalisent pas le travail et le traitent comme une nécessité qui ne doit pas empiéter sur le reste de la vie.

La génération X est souvent plus scolarisée que son aînée et occupe plus d'emplois précaires. Connaissant de fortes crises, les individus savent faire preuve de capacité d'adaptation dans une économie financiarisée. Ils aspirent à vivre le moment présent et à se réaliser pleinement.

La génération Y a des difficultés à s'insérer sur le marché du travail. Elle a un rapport différent avec le temps et veut bénéficier des fruits de ses efforts immédiatement. Elle n'est pas prête à attendre, ce qui peut expliquer en partie sa grande mobilité sur le marché du travail.

Jean VIARD⁴⁰, Directeur de recherche au CNRS, signifie que « *la réduction du temps de travail et l'allongement de l'espérance de vie nous ont fait passer, presque insensiblement, d'une société dominée par la valeur du travail à une société des loisirs et*

³⁹ Mariage-Gaudron Laetitia, *Approche intergénérationnelle des comportements professionnels et du travail en équipe*, Soins Cadres, n°72, Paris, Ed Elsevier Masson, novembre 2009, pp. 49-52.

⁴⁰ Mariage-Gaudron Laetitia fait référence à Jean Viard : *Eloge de la mobilité- Essai sur le capital temps libre et la valeur travail*, éditions de l'Aube, 2006.

de la mobilité. (...) Le travail est passé au rang d'une occupation périphérique, qui ne structure plus le temps de vie mais doit venir s'insérer parmi d'autres activités : famille, loisirs, formation... »

On comprend que la société en mouvement perpétuel, influe sur les individus qui la composent, qui eux-mêmes modélisent de nouveaux comportements au travail, que ce soit dans le monde de l'entreprise ou à l'hôpital. Les générations qui ne cessent de se croiser au fil du temps, supposent des adaptations de tous, à commencer par le cadre de santé. Ce dernier doit permettre un travail en collaboration entre ces trois générations qui se côtoient et surtout être capable de répondre avec pertinence aux attentes de chaque génération. Il doit tenter, plutôt que d'imposer sa vision du travail en équipe, de comprendre que le travail n'est plus un moyen de donner sens à sa vie mais au contraire de financer « ses vies ».

Force est de constater que la mobilité est devenue un mode de vie pour de nombreux soignants. Il est illusoire et malvenu d'envisager aujourd'hui qu'un salarié puisse réaliser sa carrière dans un même service. Le cadre de santé doit tendre autant que faire se peut à fidéliser son personnel et il doit de la même manière accompagner une démarche de mobilité pour répondre à la nécessité de réalisation d'ambitions plus personnelles.

2.3.4.2 Patients : Un rapport différent à la santé

Notre société empreinte d'une culture judéo-chrétienne, a longtemps considéré que le patient devait se soumettre entièrement à l'autorité médicale, ce dernier étant souvent tenu au secret des décisions le concernant. A l'hôpital, le médecin entretenait une relation paternaliste envers son patient. Les scandales de l'ARC et du sang contaminé, les revendications des victimes d'infections au VIH (Act-up⁴¹, Aides⁴²) ont contribué à désacraliser le corps médical et le domaine de la santé. La loi de mars 2002, dite KOUCHNER, avec notamment le droit du patient à consulter son dossier médical, intervient donc dans ce contexte mouvant et amorce le changement dans la relation soignant/soigné. La dépendance à l'égard du médecin est aujourd'hui obsolète, les usagers changent de posture et sont de plus en plus actifs. Ils participent aux soins, ils négocient

⁴¹ **Act-up** : Association militante de lutte contre le sida, créée en juin 1989.

⁴² **Aides** : Association non gouvernementale de lutte contre le sida, créée en 1984.

leurs traitements, leurs sorties, ils s'informent et sont pertinent par rapport au diagnostic, c'est l'alliance thérapeutique.

Un patient/acteur de sa propre santé, qui souhaite être mieux informé et associé aux décisions le concernant. Mais aussi un patient/usager qui s'implique de façon croissante dans le fonctionnement des établissements. Ils sont d'ailleurs représentés au niveau du conseil de surveillance des établissements de santé public depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 (portant réforme hospitalière et relative au patient, à la santé et aux territoires). Et enfin, un patient/consommateur qui exprime des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ces composantes.

D'une culture judéo-chrétienne (malade/patient), notre société s'achemine vers la culture anglo-saxonne (client/consommateur). Le client achète une prestation, il passe un contrat, le client a donc des droits et des devoirs tout comme le prestataire de soins. La judiciarisation du système de santé prouve qu'il y a une évolution des comportements de l'utilisateur. L'hôpital traditionnel n'existe plus. Il y a une industrialisation dans la gestion de l'hôpital (protocoles des soins et interventions) et le marketing hospitalier se développe (productivité, performance, classement des meilleurs cliniques et hôpitaux de France).

Cette attitude du patient déstabilise considérablement les soignants et notamment les infirmiers, vécus comme portant la responsabilité de la qualité de l'accueil, des prestations et des conditions de l'hospitalisation. Cette remise en cause du système hospitalier dans son ensemble retombe sur l'IDE qui est souvent l'interlocuteur privilégié des patients et des familles. En psychiatrie, ce changement s'est intensifié ces dernières années, avec des conditions de travail plus soutenues, l'IDE doit rassurer, argumenter, expliquer, soutenir, accompagner et assumer des situations conflictuelles... La tâche est parfois délicate et la frustration immense. C'est beaucoup d'énergie et d'implication pour si peu de considération ; le soignant se sent alors dévalorisé et l'absence de reconnaissance peut l'entraîner à terme vers des cieux plus cléments. La responsabilité du cadre de santé est alors de participer à ces échanges et de favoriser un maximum les espaces de parole. Ce besoin qu'expriment le patient et sa famille est légitime. Et le CDS doit mobiliser l'ensemble de la communauté médicale afin de mutualiser les efforts dans un esprit d'alliance thérapeutique. Rompre la solitude dans laquelle certains soignants se trouvent prisonniers est un des objectifs qui incombe au cadre de santé.

Après avoir défini le cadre conceptuel et contextuel de la notion de fidélisation, je vais à présent aborder le thème de la légitimité de l'encadrement. Rappelons que mon hypothèse est la suivante : la légitimité du cadre de santé en secteur psychiatrique est un des outils (leviers) essentiels pour conduire une stratégie de fidélisation solide qui aboutisse à la fidélité des infirmiers de son unité.

Dans cette perspective, je rappellerai le rôle et les missions du cadre de santé tout en le resituant dans son contexte actuel, j'aborderai ensuite le pouvoir et/ou l'autorité dont il dispose pour diriger et coordonner l'ensemble des activités des soignants. C'est au travers de ces composantes que le cadre de santé pourra asseoir sa légitimité et prendre la place qui lui revient dans la dynamique de fidélisation. Sera-t-elle alors suffisante pour que les IDE adoptent un comportement de fidélité ?

3 La légitimité du cadre de santé

La dimension intersubjective qui lit le soignant au cadre de santé doit être envisagée dans un respect mutuel qui repose en partie sur la reconnaissance du rôle et des missions de chacun. Aussi le cadre de santé doit être attentif et développer des capacités d'écoute, de disponibilité et d'accompagnement à l'égard de son personnel. Cette attitude ne fait pas partie des missions traditionnelles du cadre, parce qu'elle relève plus de la personnalité du cadre que de sa fonction. On pourrait ainsi dire que le rôle propre du cadre de santé est de prendre soin de son équipe. Il a un rôle majeur d'interlocuteur privilégié dans une relation de confiance partagée, ne serait-ce d'ailleurs pas la clé de la légitimité ? C'est ce que je propose d'explorer maintenant.

3.1 L'évolution des rôles du cadre de santé en secteur psychiatrique

D'un modèle d'encadrement autoritaire avec la surveillante, à un modèle professionnel avec le CDS, le XXème siècle a été témoin d'une renaissance identitaire et de l'affirmation d'une autonomie conquise.

3.1.1 Une profession mais plusieurs métiers

Depuis plus d'une quinzaine d'années, l'évolution du métier est considérable, notamment grâce au décret du 18 août 1995 (n°95-926) portant création d'un diplôme de CDS. Désormais treize filières paramédicales peuvent acquérir un langage commun, dont l'objectif est d'aboutir à un décloisonnement des établissements hospitaliers et un travail axé sur la complémentarité et l'extension en réseau.

Il existe cependant une disparité de termes pour désigner le CDS, elle est en lien d'une part avec l'évolution des établissements de soins et de la profession infirmière, et d'autre part aux intitulés des formations aboutissant au Certificat Cadre Infirmier ou au diplôme Cadre de Santé. Dans la terminologie courante usitée dans les hôpitaux, plusieurs termes sont employés pour un même grade, l'appellation du personnel d'encadrement variant selon l'établissement.

Cette confusion des termes peut aboutir pour le personnel d'encadrement à une difficulté à se situer, même si ces termes apparaissent dans des documents professionnels. C'est pourquoi, je vais les reprendre afin de les resituer dans leur contexte en m'appuyant sur les travaux réalisés par Michel DEBICHE dans son Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé, *Le cadre infirmier de proximité en psychiatrie*.⁴³

3.1.1.1 Le surveillant

Ce terme issu de la laïcisation des hôpitaux était encore fréquemment utilisé il y a peu, dans le statut de la Fonction Publique Hospitalière.

La première formation des surveillants est encadrée par le Décret 58-1104 du 14 novembre 1958 et elle aboutit au Certificat d'Aptitude à la Fonction Surveillante (CAFIS). Le programme d'enseignement prévu ne relève pas de la fonction d'encadrement mais d'un approfondissement des techniques médicales formant ainsi une « infirmière plus ».

Aussi, le guide de terminologie de soins infirmiers n° 3 indique que : « *le surveillant est un cadre infirmier responsable de la gestion des soins, de l'organisation et du fonctionnement d'une unité de soins, de l'animation et de l'encadrement de l'équipe*

⁴³ *Le cadre infirmier de proximité en psychiatrie : acteur au sein d'un établissement public de santé mentale*, Debiche Michel, Rennes, Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique, promotion 2001, octobre 2001, 88 p.

soignante conformément à la politique de soins infirmiers »⁴⁴. Cette définition associe le rôle de surveillant à celui de cadre infirmier et se résume à l'encadrement d'une unité de soins.

3.1.1.2 Le cadre infirmier

Le Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique est créé par l'Arrêté du 22 juillet 1976, il axe le programme de formation sur la fonction de cadre gestionnaire du soin, du personnel, pédagogique, d'animateur et sensible à la recherche en soins infirmiers.

« Le cadre infirmier est un infirmier exerçant, du fait de sa formation et/ou de son expérience, les fonctions de responsabilité dans l'enseignement des soins infirmiers ou dans l'administration des services de soins hospitaliers et extrahospitaliers »⁴⁵.

L'organisation, l'animation, la coordination, le contrôle, la recherche et la pédagogie représentent alors l'ensemble des activités du cadre infirmier.

On entrevoit ici un élargissement de la fonction d'encadrement qui s'étend de l'enseignement jusqu'aux structures extrahospitalières, la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ouvre la voie des structures ambulatoires, auquel l'encadrement participera largement.

3.1.1.3 Le cadre de santé

Cette dénomination émane de la réforme des études de cadre infirmier instaurée par le décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de CDS, remplaçant ainsi le Certificat Cadre Infirmier et le Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique. Selon le Comité d'Entente et des Formations Infirmières et Cadres⁴⁶ (CEFIEC), le cadre de santé développe des capacités (savoirs-faires, habiletés) à partir de savoirs déclaratifs (philosophie, pédagogie, sociologie, économie, gestion, droit...) et procéduraux (connaissance des procédures et démarches, prescriptions, méthodes...), ils sont combinés à des savoirs issus de l'expérience construite en formation et en situation professionnelle. Ainsi, il gère au quotidien la production des soins et des prestations de service d'activité, il

⁴⁴ *Guide de terminologie de soins infirmiers n° 3*, Série Soins Infirmiers, Glossaire provisoire B.O. n° 86/21 bis, page 203.

⁴⁵ Ibid., 44.

⁴⁶ *Référentiel Métiers-Compétences des Cadres de Santé*, Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), 23 p.

manage une équipe pluriprofessionnelle prestataire de soins, il gère l'information relative aux secteurs d'activité et il initie et/ou conduit des études et travaux visant à l'amélioration continue de la qualité.

3.1.1.4 Le cadre de proximité

Ce terme même s'il est communément utilisé par les professionnels de santé n'a pas de légitimité dans les textes règlementaires, néanmoins il trouve son origine au sein du secteur privé et plus particulièrement de l'entreprise, il désigne le cadre qui fait fonctionner une équipe.

A l'hôpital, le cadre de proximité se trouve sur le terrain, au centre opérationnel (l'unité de soins) et il met en œuvre dans son service la politique générale du Service de Soins Infirmiers définie au niveau stratégique. Il est le lien entre le sommet stratégique et le centre opérationnel (cf. annexe 2). Il est aussi le collaborateur du corps médical, il est gestionnaire et responsable d'un service et d'une équipe soignante.

3.1.2 Être cadre de santé en secteur psychiatrique

Comme son homologue issu de la filière générale, le CDS en secteur psychiatrique doit assumer une pluralité de rôles.

Impossible de ne pas évoquer Henry MINTZBERG, universitaire canadien en science de gestion, dont le travail réalisé sur les organisations et ses acteurs, ont fait de lui une référence incontournable. En management, il s'est appliqué à montrer que l'activité du manager et du dirigeant est plus complexe qu'on ne le croit. Le manager a une activité fragmentée, et c'est à l'aide de relations interpersonnelles qu'il s'informe et agit.

Dans son ouvrage *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*⁴⁷, l'auteur détermine trois rôles consubstantiels à la fonction et des sous-ensembles s'y rattachant : les rôles impersonnels (rôle de symbole, d'agent de liaison, de leader), les rôles liées à l'information (d'observateur actif, de diffuseur, de porte parole) et les rôles décisionnels (d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur de ressources, de négociateur).

⁴⁷ Henry Mintzberg (2006), *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Editions d'Organisation, 283p.

Pour Jean-Christophe GAUTHIER⁴⁸ évoquant la posture managériale du cadre de santé, de l'ensemble des ses rôles tel que le définit MINTZBERG, certains paraissent plus prégnants : « *Ses rôles décisionnels sont mis en avant. Il pratique des actions correctives, en favorisant « l'évaluation des pratiques professionnelles ». Il « contrôle », « coordonne », « organise », « gère ... les plannings... la logistique... les lits », afin de s'assurer de la conformité des processus de soins. Il est en « éveil » afin d'impulser une modification dans les fonctionnements de l'unité. S'il se place en leader, c'est pour « mobiliser l'équipe ». Par ailleurs, il pourvoit à la diffusion de l'information : qu'il s'agisse d'un complément de recueil auprès du patient, d'une communication ascendante, descendante ou transversale.* » Fondamentalement l'expertise managériale relève de l'expérience de communication avec les hommes (vivants et imprévisibles) et les qualités requises pour être manager relèvent largement plus d'un état d'être au service de son équipe, de l'établissement et de ses besoins que de techniques apprises à l'école.

En parallèle de sa posture managériale, le cadre de santé en secteur psychiatrique doit construire un collectif d'acteurs de soin, qui permette une individualité des prises en charge, tout en se confrontant à des problématiques communes au sein des équipes.

Dans la pratique quotidienne du soin en psychiatrie, les soignants sont confrontés à des phénomènes subjectifs qui composent la relation de soin. Ces situations peuvent entraîner à terme un vécu difficile, voire douloureux. Les équipes se trouvent régulièrement face à leurs propres limites concernant une prise en charge. L'enjeu alors est de réussir à conserver un sens au soin et d'être en position soignante. Seule l'analyse réflexive apportera au soignant la capacité d'adopter un regard critique, distancié et constructif sur sa pratique, en collaboration avec ses pairs.

Les CDS doivent utiliser des outils de travail tels que les synthèses, les réunions cliniques, les transmissions, les temps formels et informels afin de favoriser les espaces de réflexion des équipes. Ces moments d'échange en équipe pluridisciplinaire contribuent à la construction de sens mais ils participent également aux développements des compétences pour les nouveaux diplômés. De même qu'un soignant valorisé au travers de sa pratique et de la qualité de son analyse, est un soignant investi et peu enclin à quitter son poste de

⁴⁸ ***Le cadre de santé est-il un manager comme les autres ?*** Jean-Christophe Gauthier, consulté le 17/01/12, <http://www.cadredesante.com>

travail. Le CDS en secteur psychiatrique a pour mission d'accompagner la réflexion des équipes et de mener en équipe une réflexion sur le sens du soin.

3.1.3 Positionnement du cadre de santé dans l'hôpital de demain

L'exercice du métier de CDS même s'il n'est pas très ancien, s'est complexifié de manière notable, entraînant des responsabilités accrues : « *Confrontés, dans un rythme accéléré, à un environnement aux mutations multiples : recompositions sociales, économiques et culturelles, les CDS font face aux réformes organisationnelles régulières des structures de santé, aux intérêts nouveaux des apprenants et des professionnels de santé, et aux attentes des usagers.* »⁴⁹

L'étude prospective de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2007 nous renseigne sur la nature même des évolutions ayant un impact non négligeable sur le métier de CDS⁵⁰:

- L'évolution médico-économique par la recherche systématique de l'efficience. Elle implique la nécessité d'une meilleure organisation et d'une optimisation des moyens tout en conciliant les exigences de qualité et de sécurité des prises en charge et d'amélioration des coûts. La notion de performance avec la mise en place de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) en 2009 est un exemple concret ;
- L'évolution de l'organisation interne par les regroupements d'activités par pôle et le fonctionnement interprofessionnel, la mutualisation des organisations et des moyens avec les Communautés Hospitalières de Territoires (CHT) et les Groupements de Coopérations Sanitaires (GCS). Mais aussi l'ouverture vers le social et le médico-social sur les territoires de santé avec le Projet Régional de Santé (PRS) de l'ARS ;
- L'évolution de la fonction managériale qui relève de la capacité des managers à mettre en place les nouveaux dispositifs et à piloter et donner sens au changement. Il est amené à trouver un équilibre entre les contraintes médico-économiques pesant

⁴⁹ *Référentiel Métiers-Compétences des Cadres de Santé*, Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), 23 p.

⁵⁰ *Syndicat National des Professionnels Infirmiers*, consulté le 04/02/12, <http://syndicat-infirmier.com>.

sur les moyens et les exigences qualitatives et quantitatives des soins immédiatement consommatrices en moyens (notamment humain) ;

- L'évolution démographique concernant d'importants départs à la retraite des CDS en volume et une disparité territoriale des professionnels de santé ;
- L'évolution de la demande de santé avec le vieillissement de la population et ses corollaires comme nous l'avons évoqué précédemment et des patients exprimant des besoins accrus (société du consumérisme) et des exigences sur la qualité de la prise en charge dans toutes ses composantes ;
- L'évolution de l'offre avec le développement de la coordination entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, entre le public et le privé, entre les établissements et la ville, nécessite un travail en collaboration avec tous ces acteurs ;
- L'évolution des pratiques de soins en lien avec l'évolution des professions paramédicales dans le cadre de transfert d'activités (coopération) nécessitant la mise en place de procédures, protocoles, de la formation et de l'évaluation des pratiques. Judiciarisation, certification d'établissements, certification des spécialités à risque et évolution de la demande de prise en charge (nouvelles fonctions telles que socio-esthéticienne, assistant de soins en gérontologie...) ;
- L'évolution des technologies médicales comme la télémédecine (télé-observance, téléconsultation, télétransmission...), la robotisation, l'automatisation et l'informatisation... ;
- L'évolution technologique par le déploiement des systèmes informatisés et de leurs différentes déclinaisons (dossier médical informatisé, communication par mail avec les acteurs de santé...) nécessite des compétences d'utilisation des systèmes d'information et induit des changements de l'organisation du travail ;
- L'évolution des politiques de qualité et de gestion des risques par le développement de démarches qualité, la gestion des risques, l'évaluation des pratiques professionnelles, le développement professionnel continu,..., induit la mise en place et l'animation de ces démarches ainsi que le suivi de leurs résultats et le contrôle de l'application des procédures ;
- L'évolution des dispositifs de formation initiale et continue en lien avec l'évolution des diplômes (réingénierie, LMD, universitarisation et leurs conséquences) et de la formation induisant des changements dans l'encadrement des étudiants et l'accompagnement des professionnels de santé dans leur parcours de

professionnalisation : formation professionnelle tout au long de la vie, passerelles entre métiers, développement professionnel continu...

Ce contexte environnemental impacte inévitablement sur les missions du cadre de santé. Ce dernier doit développer des qualités en termes de créativité, de motivations mais il doit tout autant saisir les opportunités qui s'offrent à lui et intégrer les enjeux stratégiques.

La dimension holistique de la prise en charge du patient à l'hôpital est revisitée en profondeur avec le plébiscite des axes curatif et palliatif. La mission sociale tend aujourd'hui à disparaître alors qu'initialement elle était la mission première avec la notion d'hospitalité. L'« hospitalo-centrisme » n'est plus ; l'hôpital est un acteur parmi d'autres au niveau du territoire et le travail en partenariat et l'ambulatoire sont largement favorisés, pour preuve la démarche de l'ARS qui inscrit le patient dans une trajectoire de soins. L'hôpital de demain c'est l'ambulatoire, la diminution de la Durée Moyenne de Séjours (DMS), l'augmentation du taux d'occupation des lits et le développement des alternatives à l'hôpital comme les hospitalisations à domicile (HAD) confirment cette tendance, même s'ils s'inscrivent dans une logique économique et financière. Pour mémoire, en secteur psychiatrique, malgré une augmentation tendancielle de la demande de soins et des hospitalisations, le nombre de lits a diminué de 30 % en 10 ans (cf. annexe 3).

La politique de santé encourage les interstices, c'est-à-dire les espaces entre les hospitalisations du patient. Le CDS est donc amené à s'ouvrir sur l'extérieur. La logique de territorialisation invite le cadre de proximité à devenir un cadre de coordination. Il est un acteur dans le réseau du système de santé.

Plus que jamais la conjoncture économique et sociale est instable et aléatoire. Dans cette perspective, les attentes à l'égard du CDS sont nombreuses et dans les représentations de tous, il est celui censé résoudre tous les problèmes. Il doit anticiper et développer des compétences pour appréhender son environnement mais pas seulement : il doit prendre garde du risque d'accroissement gestionnaire dont l'ultime objectif serait la maîtrise des coûts au détriment de la dimension clinique et de sa fonction d'expert.

Après avoir déterminé le contexte environnemental dans lequel évolue le CDS et qui a une incidence directe sur le travail soignant, je vais à présent m'attarder plus spécifiquement sur son rôle au sein de l'équipe. La reconnaissance par l'équipe de ses

qualités de meneur est nécessaire pour que chacun de ses membres s'adapte à cet environnement complexe. En cela, sa légitimité est un levier pour les soutenir et les accompagner à s'engager dans l'hôpital de demain. Ainsi, en préambule de mes réflexions sur le pouvoir, l'autorité et la légitimité, je citerai Blaise PASCAL, philosophe et mathématicien du XVIIème siècle, pour qui : « *La justice sans la force est impuissante ; la force sans la justice est tyrannique. Il faut donc mettre ensemble la justice et la force et, pour cela, faire que ce qui est juste soit fort, ou que ce qui est fort soit juste* »⁵¹.

3.2 Le pouvoir/L'autorité

On ne peut envisager d'évoquer la notion de légitimité du cadre de santé, sans traiter au préalable du pouvoir et de l'autorité. Dans le langage courant et aussi dans les divers travaux réalisés à ce sujet, la frontière entre pouvoir et autorité est floue, ils entretiennent un rapport étroit alors même qu'ils ne sont pas toujours interdépendants, on peut tout à fait avoir de l'autorité sans pouvoir et vice-versa. Apporter des éléments de définition est une entreprise complexe car ces deux concepts se juxtaposent dans les interprétations livrées par différents auteurs de référence. Je vais néanmoins tenté de les développer. Mais en préambule, je citerai ARISTOTE, philosophe grec (IVème siècle av JC), dans *La Politique* pour qui : « *Celui qui n'a pas appris à obéir ne peut pas être un bon dirigeant.* »

3.2.1 *L'autorité*

L'autorité selon Le Petit Larousse⁵² est « *le pouvoir de décider ou de commander, d'imposer ses volontés à autrui.* » Cette autre définition proposée par le dictionnaire me paraît plus pertinente : « *Ensemble de qualités par lesquelles quelqu'un impose à autrui sa personnalité, ascendante grâce auquel quelqu'un se fait respecter, obéir, écouter* ». Ainsi l'autorité semble être plus en lien avec le charisme de l'individu qu'avec sa fonction. De plus, l'autorité peut avoir plusieurs origines⁵³ :

✚ le droit, le règlement ou la loi ;

⁵¹ Extrait des *Pensées*, Blaise Pascal, posthume, consulté le 09/02/12, <http://www.bibliopax.com/pagelitt29a.html>,

⁵² Editions Larousse, *Le Petit Larousse illustré 2012*, 1984 p.

⁵³ *Pouvoir et autorité : Quelques réflexions sur ces deux notions*, Synthèse de la conférence de Claude Javeau du 10/02/04, consulté le 08/01/12, http://arcampin.free.fr/pouvoir_et_autorite.htm

- ✚ la structure à laquelle on appartient comme la famille ou l'entreprise ;
- ✚ l'autorité informelle par la reconnaissance des aptitudes, des compétences, appelée aussi leadership.

« Dans un domaine d'activité, une autorité est une personne considérée comme une référence, comme un expert qui a le pouvoir d'influencer les autres, qui dispose d'un crédit, d'une considération importante, dont les opinions sont admises par le plus grand nombre »⁵⁴. Elle peut être définie selon la confiance attribuée à un individu sans regard sur sa position hiérarchique. En ce sens, l'autorité est un acte de reconnaissance d'un groupe en faveur d'une personne qui relèverait plus de l'influence morale.

3.2.2 Pouvoir et leadership

Le pouvoir et le leadership sont deux concepts difficilement dissociables. Le pouvoir est un fait incontournable de toute organisation. Il est classique de le définir de la manière suivante : « la capacité d'influencer le comportement d'un individu ou d'un groupe »⁵⁵. Il peut aussi être interprété plus précisément comme suit : « le pouvoir est l'ascendant, l'emprise, la domination qui sont exercés sur une personne ou un groupe d'individus. Il peut être physique, moral ou psychologique. Il permet à un individu ou à un groupe d'appliquer, de faire exécuter ou d'imposer, éventuellement par la force, des décisions dans des domaines très variés (culture, économie, politique...) ».⁵⁶

La définition du leadership quant à elle, recouvre une interprétation plus positive pour R.J HOUSE⁵⁷: « c'est la capacité d'un individu à influencer, à motiver et à rendre les autres capables de contribuer à l'efficacité et au succès des organisations dont ils sont membres ». Le leadership est la capacité qu'a une personne de disposer de pouvoirs personnels, lui permettant de diriger et coordonner les activités d'un groupe.

Dans son ouvrage **Economie et Société**, Max WEBER⁵⁸ sociologue allemand, analyse les phénomènes sociaux et leurs interactions. Pour lui, les individus obéissent aux

⁵⁴ *L'autorité*, consulté le 15/01/12, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Autorite.htm>.

⁵⁵ Bergeron Pierre (2006), *La gestion dynamique*, Montréal : Gaëtan Morin, p 416.

⁵⁶ *Le pouvoir*, consulté le 15/01/12, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Pouvoir.htm>.

⁵⁷ *Le leadership*, consulté le 16 /01/12, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Leadership>

⁵⁸ Weber Max (1971), *Economie et société*, Editions Plon, p 220.

ordres parce qu'ils les croient légitimes. Afin d'assumer son rôle, le gestionnaire doit être capable d'amener les individus placés sous son autorité à réaliser leurs objectifs en utilisant son pouvoir et son influence. L'auteur détermine trois types de domination qui sont pour lui des formes de légitimation du pouvoir, elles peuvent être dans la réalité enchevêtrées :

- ✚ la forme traditionnelle repose sur le respect sacré des coutumes et de ceux qui détiennent du pouvoir, en vertu de la tradition, elle est incontestable et pérenne dans le temps ;
- ✚ la forme légale se fonde sur la validité de la loi, établie rationnellement par voie législative ou bureaucratique, c'est une domination statutaire, l'autorité est en lien non pas avec l'individu mais avec la fonction de l'individu ;
- ✚ la forme charismatique repose sur le dévouement des partisans pour un chef en raison de ses talents exceptionnels, la durée de cette domination est très aléatoire, elle est fonction de la confiance des individus et est susceptible d'être remise en cause à tout moment.

Les différentes définitions du pouvoir font largement appel aux notions d'influence. C'est en ce sens que John R.P FRENCH et Bertram RAVEN⁵⁹, professeurs de psychologie Américains (1959), ont tenté d'identifier les bases du pouvoir social. Le pouvoir est défini au travers de la notion d'influence. Les auteurs ont identifié comme base de ce pouvoir, l'ensemble des relations existantes entre un agent O (individu, groupe, norme...) ayant une influence sur P. Elles sont au nombre de cinq :

- ✚ le pouvoir de récompense : le détenteur du pouvoir O (source d'influence) accordera des bénéfices à P s'il se soumet à la tentative d'influence de O. Pour que ce pouvoir soit efficace, le subordonné doit reconnaître que son supérieur a le droit de l'exercer ;
- ✚ le pouvoir de coercition : il repose sur la capacité de O à punir P et sur la perception de P que O a la possibilité de le punir, s'il ne se conforme pas à la tentative d'influence. Il est contraire à l'éthique, il agit sur le plan psychologique ;
- ✚ Le pouvoir légitime : est l'autorité rattachée à un poste permettant d'imposer des règles aux individus ;
- ✚ le pouvoir charismatique : est lié à la capacité d'exercer un ascendant sur les autres du fait de sa forte personnalité ou du prestige dont O jouit. Ce type de pouvoir est

⁵⁹ *Pouvoir et leadership*, consulté le 15/01/12, <http://psychonice06.free.fr> .

l'apanage des leaders possédant une haute structure morale et une solide réputation ;

- ✚ le pouvoir d'expertise : degré de compétences de O. Capacité d'influencer la conduite d'autrui par ses connaissances et son expérience.

Les trois premiers types de pouvoir constituent le pouvoir de position ou formel : il s'agit du pouvoir en tant que tel. Il est justifié par une législation, il se caractérise par le fait qu'il peut-être délégué, il donne la possibilité de prescrire des conduites et de les évaluer. Les deux derniers types de pouvoir constituent le pouvoir personnel ou informel, c'est le pouvoir de chaque individu du fait de son comportement et de ses capacités qui lui offrent la possibilité d'exercer une influence sur autrui. Cette nuance est importante car elle distingue le chef qui dispose du pouvoir de position, du leader qui dispose du pouvoir personnel. Certaines personnes sont des chefs, d'autres des leaders et parfois elles peuvent être les deux.

Le leadership d'un individu se reconnaît sans peine mais on peut difficilement le définir. Un manager leader a la capacité d'influencer lui aussi le comportement des autres. Il sait inspirer confiance et veiller aux intérêts des membres de son groupe, renouveler les méthodes de travail, poser les bonnes questions et prendre des initiatives constructives. Il s'intéresse aux résultats. Il amène ses subordonnés à accomplir leurs tâches en se servant de son influence personnelle et de son pouvoir de persuasion. Il parvient à ses fins en se procurant le concours des autres.

Pour Pierre BERGERON⁶⁰ : « *Il n'est pas aisé d'être un leader reconnu et respecté par ses pairs. Les défis du leader contemporain sont complexes et variés ; les dirigeants font face à des réalités et à des incertitudes insoupçonnées qui forcent leurs organisations à s'adapter à de nouvelles modalités. Dans ce contexte, le leader doit posséder des capacités dans le domaine technique et dans le domaine des relations interpersonnelles. Il doit avoir de la facilité à conceptualiser et à communiquer. De plus, il doit posséder les qualités suivantes : la perspicacité, la créativité, la sensibilité, être visionnaire, de la souplesse (s'adapter), de la concentration et enfin de la patience* ». Comme on le distingue aisément, ces attributs relèvent plus de qualités humaines propres à l'individu que de compétences liées à la fonction même. Dans la perspective qui nous intéresse, à savoir la

⁶⁰ Bergeron Pierre (2006), *La gestion dynamique*, Montréal : Gaëtan Morin, p 416.

potentialité du cadre de santé à être légitimé par son équipe, le profil du leader semble correspondre aux attentes des soignants. Si le leadership emprunte au pouvoir et à l'autorité leur capacité d'influence, il diffère par les moyens et méthodes utilisés pour atteindre leurs objectifs.

En résumé, le pouvoir serait l'aptitude à forcer l'obéissance tandis que l'autorité serait l'aptitude à faire observer volontairement les ordres. Mais de nombreuses lectures sur ces sujets ont, loin de m'avoir éclairé, participé à accentuer ma confusion des genres. Si l'autorité relève, comme de nombreux théoriciens la déterminent, du pouvoir d'influencer les autres par des qualités propres et qui ont trait à la personnalité charismatique de l'individu, alors elle est une forme du pouvoir personnel comme nous venons de l'étudier plus en amont.

Et que penser de cette intervention de Claude JAVEAU⁶¹, professeur à la faculté de Sociologie de l'Université Libre de Bruxelles, qui contrecarre totalement les réflexions sur le sujet et pour qui il faut distinguer pouvoir et autorité : *« le pouvoir est une question de place de l'individu dans une structure, un appareil, tandis que l'autorité peut relever du charisme personnel, voire reposer sur la menace ou la corruption. Détenir le pouvoir ne confère pas toujours de l'autorité et avoir de l'autorité ne signifie pas toujours détenir le pouvoir. Ainsi, tel présentateur de journal télévisé peut disposer d'une certaine autorité sur les téléspectateurs grâce à son charisme tout en ne détenant pas un grand pouvoir dans l'entreprise qui l'occupe. »*

L'organisation de l'hôpital symbolisée par l'organigramme, est un lieu de pouvoir parfois formalisés parfois informels. Il peut y avoir des convergences mais aussi des contradictions entre pouvoir et autorité. Quoiqu'il en soit que l'on parle d'autorité ou de pouvoir, ce qui importe eu égard à la fonction managériale en secteur psychiatrique, c'est de réussir à s'imposer comme un référent fort et juste, cette attitude doit, dans la mesure du possible, se passer de l'utilisation de stratégies. Par ce biais, le CDS s'impose comme un référent incontournable capable de soutenir son équipe et à fortiori ses IDE et favoriser un climat de travail stimulant. La personnalité charismatique (ouverture d'esprit, écoute, disponibilité) associée à l'expertise (compétences acquises) sont des atouts qui pour moi

⁶¹ *Pouvoir et autorité : Quelques réflexions sur ces deux notions*, Synthèse de la conférence de Claude Javeau du 10/02/04, consulté le 08/01/12, http://arcampin.free.fr/pouvoir_et_autorite.htm .

sont la base d'un management légitimé à la fois par ses pairs, son personnel et ses supérieurs hiérarchiques. Mais que revêt la dimension légitime ? Ce terme fréquemment utilisé, nous renvoie à la notion de justice mais pas seulement, c'est ce que je vais préciser maintenant.

3.3 La légitimité

3.3.1 *Éléments de définition*

Pour Le Petit Larousse⁶², « *la légitimité est la qualité de ce qui est fondé en droit, en justice ou en équité* » ou encore « *ce qui est équitable, juste, mérité* ». Ainsi la légitimité au-delà de la notion de loyauté qu'elle évoque, doit être conquise sous tendu qu'elle n'est pas attribuée de fait mais bien le résultat d'une reconnaissance des compétences ou aptitudes de l'autorité concernée. D'ailleurs, la définition suivante est plus explicite : « *la légitimité repose sur une autorité qui est fondée sur des bases juridiques ou sur des bases éthiques ou morales, et permet de recevoir le consentement des membres d'un groupe* ». ⁶³ Elle peut se rapporter à la loi, à la conformité et à la justice mais pas seulement, la reconnaissance étant son socle. La légitimité est par conséquent la capacité d'une personne à faire admettre son autorité sur les membres d'un groupe social.

Par légitimité, Max WEBER⁶⁴ entend « *L'état de ce qui est justifié d'exister et qui est admis comme tel* ». Ce sens très général permet de distinguer deux types de légitimité. Est d'une part légitime une activité qui est à priori considérée comme naturelle, c'est-à-dire conforme à la nature des choses, soit normale, c'est-à-dire conforme aux normes sociales en vigueur. Est d'autre part légitime un pouvoir qui est à postériori accepté, reconnu comme valide par la plupart de ceux sur lesquels il s'exerce, quels que soit par ailleurs les motifs de cette reconnaissance. En ce sens, est légitime : « *Ce qui est tenu pour tel par le système de valeurs établi dans la société considérée* ». ⁶⁵

⁶² *Pouvoir et autorité : Quelques réflexions sur ces deux notions*, Synthèse de la conférence de Claude Javeau du 10/02/04, consulté le 08/01/12, http://arcampin.free.fr/pouvoir_et_autorite.htm.

⁶³ WIKIPEDIA, consulté le 08/01/12, <http://fr.wikipedia.org>.

⁶⁴ Weber Max (1971), *Economie et société*, Editions Plon, p 30.

⁶⁵ Duverger Maurice (1982), *Dictatures et légitimité*, P.U.F, p 7.

3.3.2 La légitimité : Un idéal à conquérir

Jean-Claude RUANO-BORBALAN⁶⁶, professeur à l'université de la Sorbonne, dans un article paru dans Sciences Humaines, nous enseigne qu'historiquement, trois formes principales de légitimité du pouvoir se sont succédées. Dans un premier temps, la légitimité sacrée ou guerrière fondait le pouvoir des rois et chefs de société traditionnelle et dans un second temps la légitimité étatique et scientifique s'est substituée à ce modèle.

Aujourd'hui, un nouveau principe de légitimité « rationnelle négociée », fondée sur la compétence des individus et leurs négociations, s'est ajouté aux précédents dans la société contemporaine. L'auteur y reprend notamment la thèse du juriste Jean de MUNCK développée dans *Les Métamorphoses de l'autorité* selon laquelle nous sommes passés d'une société industrielle basée sur une « autorité rationnelle légale » à une société postindustrielle où prévaut une « autorité rationnelle négociée ».

En effet, jusque dans les années 1960, on trouvait normal d'obéir aux injonctions d'un chef parce que cette personne occupait une position hiérarchique supérieure et que le règlement prévoyait une obéissance stricte, que ce soit à l'école, au sein de la famille ou encore à l'église.

Or, nous sommes passés d'une autorité hiérarchique à une autorité négociée. L'autorité du professeur n'est plus acceptée automatiquement par les élèves comme légitime, le professeur doit désormais négocier avec les élèves, faire preuve de compétences et de justice. Il en va de même dans les familles. En effet, selon Jean de MUNCK l'« autorité rationnelle négociée » suppose des savoirs et des compétences mieux partagés entre les acteurs sociaux qu'ils soient subordonnés ou détenteurs du pouvoir. Le fonctionnement de nos sociétés actuelles reposerait sur le principe du contrat admis par les diverses parties, ce qui révélerait une avancée de l'idéal démocratique. Il y aurait de moins en moins de hiérarchies imposées et nous serions de plus en plus acteurs de notre destin.

A l'hôpital, comme toute autre institution, la légitimité du cadre de santé n'est pas acquise par son statut, ni par sa position sociale mais bien par un savoir être à l'autre. La place de la communication est prépondérante pour lui. Dans leur vie quotidienne, les

⁶⁶ Ruano-Borbalan Jean-Claude (2001), *Autorité : De la hiérarchie à la négociation*, Sciences Humaines, n°117, juin 2001, 114 p.

individus sont confrontés à l'exigence d'avoir à se justifier et procèdent à de fréquentes « constructions de légitimité ». ⁶⁷ La communication sert à rassurer le plus souvent, à convaincre, à expliquer, à exiger, à insinuer le doute. Il existe des liens étroits entre communication et légitimité. Pour Georges BALANDIER ⁶⁸, ethnologue et sociologue français, il n'y a pas de légitimité sans communication, l'une et l'autre se situent dans le champ de représentations symboliques et relèvent de l'ordre de la croyance. Comme la communication, la légitimité est une croyance partagée : est légitime le pouvoir qui communique avec succès les raisons de le croire tel.

« L'expérience, dit Max WEBER ⁶⁹, montre qu'aucune domination ne se contente de bon gré de fonder sa pérennité sur des motifs ou strictement matériels, ou strictement affectuels, ou strictement rationnels en valeur. Au contraire, toutes les dominations cherchent à éveiller et à entretenir la croyance en leur légitimité ».

3.3.3 La légitimité du cadre de santé : Un idéal démocratique

La légitimité du chef en général et du cadre de santé en secteur psychiatrique plus particulièrement, se contractualise elle aussi. La négociation, la qualité des échanges, le respect de la parole de l'autre et des valeurs de chacun sont des conditions fondamentales à la reconnaissance du cadre de santé par l'équipe ; ainsi elle aboutira à la paix sociale et au champ des possibles par la fidélisation des soignants. C'est par sa présence, sa disponibilité, la concertation qu'il engage auprès des équipes, qu'il pourra porter des projets et les accompagner dans le changement. Cela ne peut s'organiser sans le consentement de tous.

La légitimité du cadre de santé par les équipes soignantes repose donc essentiellement sur des bases éthiques et morales. Pourtant, il doit cheminer entre la recherche d'une efficacité nécessaire pour répondre aux impératifs économiques du secteur de la santé et la recherche d'un sens à l'action de soins. Jean-Christophe GAUTHIER évoque la double posture du cadre de santé et explore la singularité de la fonction managériale du cadre de santé. L'enjeu pour lui, est de légitimer à la fois sa posture managériale et sa posture clinique.

⁶⁷ Boltanski Luc et Thévenot Laurent (1991), *De la justification*, Gallimard, p 55.

⁶⁸ Balandier Georges (1980), *Le pouvoir sur scène*, Balland, p 145.

⁶⁹ Weber Max (1971), *Economie et société*, Editions Plon, p 220.

DE GAULEJAC⁷⁰ dénonce en effet l'arrivée progressive de ce qu'il nomme l'idéologie gestionnaire. Pour lui, l'outil gestionnaire deviendrait le guide légitime du management au détriment de tout autre. CASTORIADIS⁷¹ s'inquiète quant à lui de la crise de sens et d'une perte des repères génératrices d'insécurité psychique.⁷²

Or, pour Jean-Christophe GAUTHIER la posture managériale semble indissociable de la posture clinique. C'est parce qu'il est expert en soin, que le cadre de santé peut penser l'organisation et favoriser la qualité des soins et le parcours de soin du patient. La démarche clinique est envisagée comme suit : « Elle valorise la singularité du discours(...) Elle met l'accent sur les fonctionnements en situation, puisqu'il est question d'apprendre dans et sur la situation. Ainsi, c'est à partir de l'expérience qu'émergent de nouveaux savoirs ou la mobilisation réflexive de savoirs acquis. Une posture clinique marquée et mobilisable dans l'accompagnement des équipes. Pour Walter HESBEEN⁷³, le cadre de santé essaie de mettre en œuvre une « saveur soignante ». A travers cette posture et son rapport aux savoirs, il fait en sorte de mettre en place une atmosphère de travail accueillante, un espace psychique sécurisant où chacun peut s'épanouir et s'autoriser à développer son savoir professionnel de clinicien. »

Que l'on soit cadre de santé, cadre intermédiaire, cadre de proximité, manager, gestionnaire, malgré un pouvoir décisionnel limité, il n'en demeure pas moins que nous conservons une certaine autonomie pour apporter à l'équipe toute notre singularité, notre personnalité, ce que Walter HESBEEN appelle la « saveur soignante ». Je parlerai quant à moi d'un supplément d'âme de celui qui accueille la parole de l'autre avec respect et considération, capable d'avoir une vision réaliste et des échanges constructifs. Nous ne cesserons jamais d'être dans le prendre soin, en cela nous conservons notre posture soignante. La légitimité peut alors être plurielle : le cadre de santé au travers de ses

⁷⁰ Jean-Christophe Gauthier fait référence à De Gaulejac V : *La société malade de la gestion*, Editions du Seuil, 2005.

⁷¹ Jean-Christophe Gauthier fait référence à Castoriadis C : *La montée de l'insignifiance*, Editions du Seuil, 1996.

⁷² *Le cadre de santé est-il un manager comme les autres ?* Jean-Christophe Gauthier, consulté le 17/01/12, <http://www.cadredesante.com> .

⁷³ Jean-Christophe Gauthier fait référence à Hesbeen W, *Travail d'humanité*, travail de fin d'études, Masson, 2005, p 23.

postures soignante, clinique et managériale, affirme sa capacité à fédérer et à mobiliser les énergies autour d'actions collectives. Dans cette dynamique, la fidélisation des IDE en secteur psychiatrique prend tout son effet, la démarche clinique est une nécessité qui permet de donner sens aux soins infirmiers.

Pour Jean-Philippe GUIHARD⁷⁴, Directeur de mémoire, « *Manager une équipe professionnelle de santé engagerait toute la complexité de la relation, pour favoriser la légitimité du cadre de santé au travers de ses rôles, ses fonctions, ses missions (...) Pour favoriser l'implication de l'ensemble des professionnels, les actes et les actions doivent être reconnus, justifiés, expliqués et rationnels. Ces conditions favorables à l'adhésion des soignants sont liées à l'action sociale, soit la relation établie entre le manager et l'équipe au travers d'une présentation et donc d'une connaissance nouvelles des valeurs, des attentes, des intérêts de chaque individu* ».

Cette première partie m'a permis d'approfondir les concepts qui encadrent mon objet de recherche au travers de réflexions de divers auteurs. Les différents champs disciplinaires abordés ont été nécessaires afin de resituer les thèmes dans leur contexte actuel. Concernant le concept de la fidélisation en lien avec celui de la légitimité de l'encadrement, quelques constats sont déterminés comme suit :

Le CDS est légitimé par son équipe dans sa capacité à prendre soin de ses agents et favoriser un climat de travail satisfaisant et sécurisant, en ce sens il contribue directement à la possibilité de fidéliser des soignants. Le CDS participe à une logique d'environnement sain du travail auquel chaque professionnel aspire.

Néanmoins, les déterminants à la fidélisation sont nombreux et les raisons pour qu'un IDE s'implique durablement dans son unité sont multidimensionnelles et plus complexes qu'il n'y paraît. A la lecture des caractéristiques favorables à un établissement de santé pour retenir ses soignants, rien ne paraît impossible si on a les moyens de tout appliquer. Or le contexte économique et sociétal ne permet pas une application *stricto sensu* de tous

⁷⁴ Avant-propos de Jean-Philippe Guihard, Directeur de mémoire, ***La légitimité : Une attention particulière pour le cadre de santé***, Lochet Nathalie, Institut de Formation des Cadres de Santé, GREFOPS de Rennes, Promotion 2010-2011, juin 2011, 180 p.

ces paramètres, l'hôpital doit ainsi concourir avec ses propres moyens à répondre, autant que faire ce peut, aux aspirations soignantes.

A l'issue de ces deux grands premiers chapitres, mon travail va se concentrer à présent sur la rencontre avec les professionnels de terrain afin de confronter la théorie à la réalité de leur vécu. L'enquête exploratoire est donc un moyen de vérifier la validité de mon hypothèse de façon empirique.

4 L'enquête exploratoire

4.1 La méthodologie de l'enquête exploratoire

Ma recherche est basée sur une méthode hypothético-déductive, il s'agit en effet d'une méthode scientifique qui consiste à formuler une hypothèse afin d'en déduire des conséquences observables futures permettant d'en déterminer la validité.

Mon hypothèse repose sur l'idée que le CDS légitimé et reconnu par son équipe favorise la fidélisation de ses IDE au sein de son unité. L'analyse des facteurs de satisfaction et d'insatisfaction des IDE permettra aux CDS soit de consolider les éléments attractifs, soit de mettre en place des actions correctrices et *in fine* d'encourager les institutions à mener une politique de fidélisation aboutie.

4.2 Choix de l'outil

4.2.1 L'entretien semi-directif pour les CDS

Le choix de cette méthode a été longuement réfléchi, je ne pouvais concevoir cette enquête sans interroger les CDS, mon étude étant orientée sur leur influence dans le processus de fidélisation des IDE. J'ai donc posé 7 questions aux CDS relatives à mon hypothèse préalable, j'ai pu aborder des termes techniques m'adressant à un public averti (« magnet hospital », politique des DRH/DSSI, style de management).

L'intérêt majeur des entretiens semi-directifs en lien avec mon sujet était de déterminer d'une part l'implication, l'investissement, le ressenti des CDS au regard de la problématique du nomadisme des soignants et plus particulièrement des IDE en secteur psychiatrique. D'accompagner et de guider la liberté de parole des CDS sur des sujets tels

que les enjeux de la fidélisation, leurs expériences et leurs priorités. D'autre part, il me semblait pertinent d'opter pour cet outil afin de créer un espace d'échange propice à l'intimité pour évoquer la vision de leurs représentations managériales, de leurs qualités et de leurs valeurs (cf. annexe 4).

4.2.2 Le questionnaire pour les IDE

Le questionnaire a été choisi dans le but de garantir l'objectivité des réponses par l'assurance de son anonymat et de sa confidentialité et aussi pour ne pas influencer les réponses. C'est aussi le moyen le plus approprié pour approcher la population cible et de récolter de ce fait une grande quantité de réponses nécessaire à l'exploitation de l'enquête.

J'ai élaboré 15 questions (fermées, ouvertes, semi-ouvertes) à classement hiérarchique (de la plus générale à la plus ciblée) réparties sur des thèmes en lien avec mon hypothèse de départ (cf. annexe 5).

4.3 Choix de l'échantillonnage

4.3.1 Choix des établissements et des personnes sélectionnées

Je me suis dirigée vers des établissements publics correspondant aux caractéristiques de celui qui a inspiré mon constat de départ. Ils doivent répondre à trois impératifs afin que mon étude soit la plus pertinente possible au regard de ma problématique : il s'agit d'établissements spécialisés en santé mentale, en intra-hospitalier et de la région Ile de France.

Mon fil conducteur étant qu'un encadrement légitimé favorise la fidélisation des IDE à leur unité, il m'est apparu opportun d'établir une enquête croisée entre les CDS et les IDE issus de la même unité.

Pour ce faire, j'ai sélectionné le Groupe Hospitalier Paul GUIRAUD (94) à Villejuif et le Centre Hospitalier Sainte-Anne (75) à Paris.

4.3.2 Lieu des entretiens, mode de distribution et de restitution des questionnaires

En premier lieu, j'ai sollicité l'accord de la Coordinatrice Générale des Soins du Centre Hospitalier Sainte-Anne afin qu'elle m'autorise à m'entretenir auprès des CDS et à déposer mes questionnaires à l'attention des IDE. Je lui ai soumis un exemplaire de chacun de mes outils d'enquête, ainsi c'est elle qui m'a orienté sur les pôles susceptibles de correspondre à mes attentes et mes critères. Elle a donc sélectionné deux pôles, le pôle PARNASSE et le Service Hospitalo-universitaire (SHU), elle m'a ensuite communiqué le nom des CSS auxquels je devais m'adresser. Les CSS se sont montrés très enthousiastes et disponibles. J'ai alors réalisé trois entretiens auprès de CDS responsables respectivement d'une unité ouverte accueillant des patients sous contrainte, d'une unité fermée et d'une unité ouverte et j'ai déposé 43 questionnaires pour les IDE de leurs unités.

En second lieu, j'ai pris contact avec le Directeur du Service des Soins Infirmiers (DSSI) du Groupe Hospitalier Paul GUIRAUD afin que ce dernier soit informé du déroulement de mon enquête, il m'a laissé libre de choisir au hasard les unités. Il a témoigné d'un vif intérêt pour le sujet de mon mémoire. J'ai pu réaliser trois entretiens auprès de CDS responsables respectivement d'une unité fermée, d'une unité de patients pré-sortants et d'une unité de patients institutionnalisés et j'ai déposé 30 questionnaires. Cette liberté de choix m'a permis d'explorer trois univers hétéroclites avec un profil de patients propre à chacune des unités et donc différentes pratiques professionnelles.

Je me suis volontairement limitée à six entretiens afin de pouvoir livrer un travail rigoureux de retranscription et d'analyse du contenu. Quant aux questionnaires, j'ai respecté le quota fixé par les CDS en fonction d'une part du nombre d'IDE travaillant au sein de leurs unités et d'autre part des nombreuses sollicitations émanant des travaux des étudiants des IFCS de la région parisienne. En effet les CDS ont le souci de ne pas accroître la charge de travail de leur personnel.

Au total, j'ai récupéré 15 questionnaires sur les 30 déposés au Groupe Hospitalier de Paul GUIRAUD, soit 50% de réponses et j'ai récupéré 23 questionnaires sur les 43 déposés au Centre Hospitalier de Sainte-Anne, soit un peu plus de 53% de réponses. Au total, j'ai pu exploiter 38 questionnaires.

5 Exploitation de l'enquête

L'intérêt que chacun (CSS, DSSI, CDS, IDE) a manifesté pour le thème de mon mémoire et leur volonté d'apporter leur contribution à sa réalisation, m'a interpellé. J'avais une légère appréhension, avant d'entreprendre l'enquête de terrain, du fait du nombre important de mémoires traitant ce sujet, il m'avait alors semblé que son exploitation risquait de susciter lassitude et ennui. Bien au contraire, mon propos certes peu original mais très actuel, a été accueilli avec considération et attention. Cela témoigne d'emblée de l'implication de tous les acteurs et à tous les niveaux concernant la nécessité de fidéliser les IDE en secteur psychiatrique, tous sont conscients des enjeux pour l'institution en termes de qualité et de sécurité des soins et de conditions favorables de travail. En outre, cet intérêt me renseigne sur la réflexion, qu'elle soit individuelle ou collective, dont chacun s'acquitte afin de trouver des solutions à plus ou moins long terme pour garantir non pas seulement la pérennité de l'institution mais de développer son dynamisme tout en conservant toute sa singularité.

J'avais semble t'il quelques à priori sur l'immobilisme supposé de cette discipline et de son image de parent pauvre du secteur sanitaire. J'ai alors découvert qu'elle s'inscrivait dans une démarche d'évolution telle que l'a défini la loi HPST (organisation en pôle, décloisonnement entre le secteur social, médico-social et sanitaire, création de nouvelles instances de pilotage, évaluation des pratiques professionnelles, renforcement de la prise en charge ambulatoire et des structures extrahospitalières...). L'enquête de terrain auprès de professionnels investis et mobilisés, m'a révélé que le secteur de la psychiatrie concourt à répondre aux besoins de la population dans le respect de leurs libertés individuelles et de leurs droits fondamentaux et surtout qu'il ne cesse jamais de se remettre en cause et de réaliser un examen de conscience nécessaire à son accomplissement.

5.1 Analyse des entretiens auprès des cadres de santé

Trois thèmes principaux ressortent de mes entretiens que je peux décliner de la manière suivante : Rester, partir et manager. Je vais donc traiter et analyser ces thèmes un à un, en m'attachant à retranscrire avec respect les propos des CDS (cf. annexe 6).

5.1.1 Fidéliser : Une construction multidimensionnelle

Pourquoi les soignants restent dans une unité, quelles en sont les raisons et quel rôle joue le CDS dans cette dynamique, les réponses sont souvent multiples et parfois variables pour les 6 CDS interrogés.

5.1.1.1 Travailler en cohérence avec ses valeurs

Pour 5/6 des CDS interrogés sur leurs représentations de la fidélité des IDE à une unité, la réponse est univoque, c'est rester le temps nécessaire au développement de compétences et pour ce faire la fidélisation implique un travail d'équipe pluridisciplinaire qui ne saurait se limiter à la simple bonne ambiance entre soignant. Il s'agit pour l'IDE d'être en adéquation entre ses valeurs et celles véhiculées par la politique médicale et la culture du service, cette composante semble être primordiale pour fidéliser un agent à une unité. C'est être en cohérence entre ce que je suis et ce que je fais, cette quête n'est pas sans rappeler ce besoin de plénitude auquel les nouvelles générations aspirent et que nous avons pu voir précédemment. Voici ce qu'il en ressort à l'issue de mes entretiens :

- « La fidélisation passe par la dimension médicale, c'est la manière dont on prend soin des patients » (Mr F) ;
- « Aimer ce que l'on fait pour s'inscrire dans une relation à long terme, cohérence dans ce que l'on fait » (Mme S.M) ;
- « Il est important de donner aux équipes la lisibilité du travail et de ce que l'on fait. Parfois on vit du grand n'importe quoi mais si on comprend ce grand n'importe quoi, alors on se distancie, d'où l'importance de la cohérence des décisions médicales » (Mr F) ;
- « On fidélise les IDE lorsqu'ils connaissent la façon de fonctionner du service et qu'ils l'acceptent » (Mme H) ;
- « L'identité de l'équipe, l'IDE peut être fidèle à son équipe » (Mme V) ;
- « J'essaye de développer une culture de service, le savoir faire du service » (Mr F) ;
- « L'objectif de l'unité est le même que pour le pôle, l'équipe doit vivre et ressentir le projet pour le porter à son terme et assurer sa pérennité » (Mme S.M).

Il semblerait donc que le fait d'être en accord avec une politique de soin, en d'autres termes une manière d'être à l'autre, est une des conditions pour fidéliser les IDE.

5.1.1.2 La réflexion clinique comme outil à la fidélisation

C'est un travail qui a l'ambition de donner du sens aux actions infirmières, il ne s'agit pas de les enfermer dans un rôle stricte d'exécutant mais bien au contraire de les intégrer à un processus de réflexion, une démarche clinique essentielle à leur accomplissement professionnel. Il passe, et cela va sans dire, par le droit à la parole, ce que reconnaissent 5/6 des CDS, l'IDE au même titre que le médecin et le patient est acteur de la prise en charge :

- « Il faut favoriser l'initiative et les idées proposées par l'IDE » (Mr F) ;
- « Notre unité propose des cours sur les pathologies psychiatriques enseignés par les psychiatres de l'unité et les IDE chevronnés, pour les soignants qui le souhaitent et impartis sur leur temps de travail » (Mme H) ;
- « Des présentations cliniques concernant un patient sont organisées par le pôle et animées par les IDE d'une des unités une fois par moi » (Mme V) ;
- « La fidélisation est essentielle pour s'inscrire dans un projet, on offre à un IDE une qualité de travail par l'intérêt à s'investir dans un projet. C'est une équipe qui crée un projet et pas un projet qui se greffe sur l'équipe » (Mme S.M);
- « Les IDE ont droit à la parole, ça fidélise beaucoup » (Mme H) ;
- « Un travail dynamique et intéressant, des pathologies et des prises en charge variées, ce sont des agréments pour fidéliser » (Mme V) ;
- « L'intéressement au travail, qu'ils ne soient pas que dans la gestion des lits » (Mme P) ;
- « Qu'ils se sentent inclus dans les projets médicaux » (Mme H) ;
- « L'implication de l'IDE s'organise autour des espaces de réflexions, il doit s'approprier l'histoire et l'avenir de l'unité » (Mme S.M).

Le droit à la parole, c'est autoriser l'IDE à se sentir impliqué dans la vie de l'unité et en cela il contribue à une meilleure prise en charge du patient, ainsi je reprendrai les mots de Mme S.M dont le discours me semble très à propos : *«la fidélisation est fondamentale pour la prise en charge du patient qui est très sensible aux IDE qui gravitent autour de lui, la fidélisation des soignants est thérapeutique pour lui ».*

5.1.1.3 Un encadrement présent et bienveillant

Afin de permettre aux IDE de se concentrer sur l'essence même de leur métier : le soin, il est fondamental que ces derniers trouvent un interlocuteur stable et constant. Qui

puisse accueillir leurs doléances, les considérer ou les réfuter. La présence du cadre est donc perçue comme rassurante, 5 d'entre eux en ont conscience :

- « Reconnaître et connaître ses agents, de fait on fidélise ses agents » (Mr F) ;
- « Etre sécurisé et se sentir entendu » (Mme H) ;
- « Le lien avec la hiérarchie est un facteur de fidélisation » (Mme V) ;
- « Etre attentif à leur vie personnelle en aménageant le planning par exemple » (Mme P) ;
- « L'équipe doit sentir que le CDS est présent, il est une référence, celui qui dénoue des situations complexes ou problématiques » (Mr F) ;
- « Bien connaître son équipe permet d'aller au devant d'eux, on doit être vigilant du bien-être de l'équipe » (Mme H) ;
- « Je travaille sur l'individuel, je prends soin d'eux, je travaille avec eux. Je contractualise la relation, je fais ça mais j'attends ça. Je travaille aussi sur le groupe, pour la cohérence entre l'individuel et le groupe, c'est une relation de confiance » (Mr F).

Néanmoins, considérant leur rôle dans la fidélisation des IDE, les avis divergent radicalement, en effet 3/6 des CDS pensent n'avoir que peu d'influence sur le choix des agents de quitter l'unité, ainsi Mr C. m'indique clairement : « *Chaque agent est unique et motivé par des intérêts qui lui sont propres mais ça ne me semble pas palpable la fidélisation, pourquoi les gens viennent, pourquoi ils restent ? C'est à peu près indéfinissable. Le CDS est en dehors de ça* ». Tandis que les 3 autres observent qu'effectivement leur rôle est essentiel.

Et de la même manière 3 CDS n'ont pas comme priorité de management la fidélisation des IDE, par opposition aux 3 autres, même s'ils avouent que le bien-être des soignants est une priorité au même titre que leurs collègues. En soi, le terme de fidélité comporte une connotation affective qui m'a semblé déranger parfois mes interlocuteurs, avec lesquels j'ai pris soin de parler de rétention du personnel soignant. Parce que dans le fond du discours, pour tous l'intention est la même, offrir des conditions de travail favorables.

5.1.1.4 Une politique de pôle ou institutionnelle

4/6 des CDS (dont trois de Sainte-Anne) rencontrés reconnaissent que le pôle et/ou l'institution mènent une politique de fidélisation active à l'encontre du personnel IDE.

Ainsi le Centre Hospitalier de Sainte Anne a inscrit dans le Projet d'Etablissement 2011-2015 l'axe suivant : « *Le projet social a retenu comme priorité l'amélioration du recrutement et la fidélisation du personnel, dans un contexte de pénurie, par l'amélioration des conditions de travail, l'information et le dialogue et enfin une politique visant à mieux concilier vie de travail et vie personnelle* »⁷⁵. Voici ce que m'ont rapporté les CDS interrogés sur la question :

- « L'effectif soignant fidélise s'il est conforme à une charge de travail raisonnable » (Mr F) ;
- « Intégration des IDE par un compagnon, pour tout arrivant d'une durée de trois mois à un an est obligatoire » (Mme H) ;
- « Notre unité propose des cours sur les pathologies psychiatriques enseignés par les psychiatres de l'unité et les IDE chevronnés, pour les soignants qui le souhaitent et impartis sur leur temps de travail. La DSSI nous a donné son accord » (Mme H) ;
- « Dans le cadre de la délocalisation d'un pôle sur une nouvelle structure, l'Etablissement a réservé une quarantaine d'appartements, mis en place un système de covoiturage, organisé un partenariat avec une crèche et une prime de transport et de déménagement est prévue » (Mr F) ;
- « Au niveau du pôle, une mobilité interne permet une meilleure fidélisation par la souplesse des mutations » (Mme S.M) ;
- « Le pôle est une vraie opportunité, beaucoup d'agents ont remobilisé des compétences dans d'autres unités, sans pour autant quitter le pôle » (Mme V) ;
- « C'est une grande chance car nous sommes dans un grand pôle, il a la capacité de mobiliser les IDE, c'est le jeu des chaises musicales, l'objectif c'est de fidéliser et on y arrive » (Mme P) ;
- « Les contrats d'allocation permettent de fidéliser du personnel, ce sont des soignants qui n'auraient pas spontanément postulé pour le secteur de la psychiatrie et finalement, ils y restent » (Mme V).

Que ce soit l'unité, le pôle ou l'établissement, chacun développe des stratégies afin de rendre le travail attractif, indépendamment d'une mise en commun des politiques engagées, ainsi chaque pôle utilise des leviers différents. Néanmoins ces démarches visant à terme à fidéliser le personnel IDE ne sont cependant pas l'œuvre de CDS isolés dans

⁷⁵ *Projet d'Etablissement 2011-2015 Synthèse*, Centre Hospitalier Sainte-Anne, décembre 2010, 26 p.

leurs unités mais elles relèvent bien d'actions conjointes entre l'institution, la communauté médicale et l'équipe d'encadrement. Mais ce qui fonctionne sans conteste, pour 4/6 des CDS, est la mise en place des pôles d'activité. Au-delà de son ambition initiale, qui rappelons-le avait pour vocation la mutualisation des moyens humains, le pôle révèle aujourd'hui en secteur psychiatrique toutes ses potentialités.

5.1.1.5 Les motifs secondaires

De mes entretiens auprès des CDS sont ressortis des raisons plus disparates mais néanmoins citées à plusieurs reprises. Elles préfigurent de la difficulté à répondre à cette question au demeurant anodine : Qu'est-ce qui fidélise ?

Comme on a pu le voir avec l'étude des hôpitaux aimants, les conditions favorables à la rétention des IDE sont nombreuses, interdépendantes et inter-agissantes entre elles. C'est pourquoi, il m'est apparu opportun d'énumérer les réponses des CDS, non pas pour les envisager une à une mais plutôt comme un tout, permettant aux IDE de rester au sein de leurs unités. Je citerai les propos de Mme P. dans le même esprit que les hôpitaux magnétiques, pour qui : « *Une équipe peut faire du bon boulot à la condition qu'elle aille bien* » :

- « Les IDE se fidélisent tout seul, on leur offre quelque chose, ils en font ce qu'ils veulent, néanmoins certaines qualités du cadre favorisent la rétention telles que la souplesse, compréhension, être juste, savoir dire oui et savoir surtout dire non » (Mme S.M) ;
- « L'ambiance d'équipe » (Mr F) ;
- « L'attachement à une ambiance de travail est favorable à l'adhésion des agents à l'équipe, mais ça reste quelque chose d'impalpable » (Mr C) ;
- « Les heures supplémentaires » (Mr F) ;
- « La formation continue » (Mr C) ;
- « Le lieu géographique » (Mr F) ;
- « L'indication des IDE à un type d'unité (entrants, Centre Médico-psychologique...) » (Mr F) ;
- « Les conditions de travail, le bon roulement et le bon déroulement ! » (Mr F) ;
- « On étudie leur projet professionnel et personnel et on tente de les respecter » (Mme H) ;
- « Une équipe solide » (Mme P) ;

- « L'équilibre vie privée/vie professionnelle » (Mme V) ;

Quoiqu'il en soit, la fidélisation est un objectif managérial pour 3 d'entre eux qui avouent que des départs successifs d'IDE remettraient en cause leur management. Ils cultivent une stratégie managériale de rétention pour les IDE impliqués professionnellement et motivés par le souci de la réalisation d'un travail de qualité. Pour Mme P. : « *la fidélisation est essentielle pour mettre des projets en place, si l'équipe ne se connaît pas et que je ne connais pas l'équipe, c'est difficile dans un tel contexte de pouvoir confier des missions* ».

5.1.2 Les limites à la fidélisation

Si la fidélisation est un enjeu pour les CDS, elle n'a cependant d'intérêt que si elle exprime une volonté pour l'IDE de s'inscrire dans les projets de l'unité et/ou du pôle. Pour 5/6 d'entre eux le départ des IDE compétents est accompagné même s'ils évoquent une réelle impuissance à tenter de les retenir parce que les raisons sont parfois propres à l'unité mais elles sont majoritairement motivées par des raisons personnelles, leurs moyens d'actions s'en trouvent alors affectés. Néanmoins, ils m'ont tous signifié les limites à la fidélité des soignants, ainsi fidéliser à tout prix n'a pas de sens et peut même contribuer à l'immobilisme et à la passivité de l'équipe, elle peut alors être un frein à la dynamique du travail. Ainsi Mme V. explique : « *Il y a des habitudes pesantes pour l'équipe chez certains agents restés trop longtemps dans une unité, ils sont difficilement mobilisables* ».

Les CDS distinguent aisément les motifs de départ des IDE de leurs unités, voici ce que j'ai pu en retenir :

- « Le désinvestissement au travail » (Mme S.M) ;
- « La promotion professionnelle » (Mr C) ;
- « Les départs à la retraite » (Mme S.M) ;
- « Les départs en province et à tous les âges » (Mr F) ;
- « Les raisons personnelles » (Mme P) ;
- « L'épuisement professionnel » (Mme P).

En règle générale et en dehors des départs en province qui demeurent le premier motif de mobilité des agents dans les deux hôpitaux dans lesquels mon enquête a été réalisée, il existe peu de départ de l'hôpital, il s'agit en effet de mutations internes, on parle alors de mobilité horizontale (changement d'unité) ou verticale (promotion professionnelle). Le

terme de mobilité positive est fréquemment utilisé dans le contexte de mutations internes, pour qu'elles ne perturbent pas la dynamique d'équipe, elle doit être préparée, anticipée et accompagnée par le CDS. En ce sens, la mobilité positive est envisagée afin de prévenir qu'un agent ne devienne délétère pour l'unité.

Si le départ d'un agent n'est pas anticipé, le risque de contagion à ses collègues est grand, 4/6 m'ont parlé ouvertement de ce phénomène de groupe, ils redoutent de voir leur équipe se disperser après des départs mal accompagnés. Un départ surtout si l'agent était en poste depuis longtemps est déstabilisant pour ceux qui restent, Mme P. a vécu cette situation qu'elle exprime comme suit : « *Il y a eu beaucoup de départ de l'unité depuis deux ans, sur 11, 3 seulement sont restés, ils étaient dans le service depuis 8 ans. Etant donné que l'équipe était soudée, il y a eu une contagion, un effet de groupe. Les IDE ont besoin de stabilité à la fois dans l'équipe et au niveau hiérarchique, ils ont besoin de sentir que quelqu'un gère, et donc ils ont plus de temps à consacrer aux soins et aux patients* ».

Pour 4/6 des CDS, la promotion professionnelle s'inscrit dans le cadre de la mobilité positive, c'est « *un faux départ* » pour Mme S.M. qui m'explique en substance qu'elle insuffle une dynamique de promotion professionnelle pour l'ensemble de son personnel et en ce sens c'est fidéliser à l'institution : « *Ca ne m'intéresse pas que les agents restent 20 ans dans l'unité, le processus de reprise d'études est très motivant et stimulant intellectuellement. Il faut que les gens se forment dans un monde qui évolue tous les jours, en psychiatrie particulièrement. C'est essentiel le changement sinon on reste comme au siècle dernier, ça n'a pas de sens* ». Mobiliser pour mieux fidéliser, cet encadrement novateur a connu un franc succès pour l'année 2011, Mme S.M. aura permis à 5 aides-soignants et un agent hospitalier de son unité d'intégrer l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et à une IDE d'intégrer l'Institut de Formation des Cadres de Santé.

5.1.3 Un management personnalisé mais des valeurs communes

L'art de manager relèverai de l'équilibrisme, chacun à sa manière tente de trouver la juste distance entre un encadrement fort et donc rassurant et un encadrement plus personnalisé, plus souple et humain. Cette question, plus subjective que les autres, concernant les valeurs et les qualités de leurs styles managériaux a suscité parfois de la stupéfaction, parfois de l'embarras ou encore une émotion palpable. Ainsi Mr C. illustre sa surprise en m'indiquant : « *(il siffle longuement) ... C'est une question ambitieuse !* », c'est à cette occasion que ce dernier témoignera d'un réel intérêt pour notre entretien et un souci

de livrer une réponse authentique et introspective. Or, mon intention était de mettre en perspective une attitude managériale, une manière d'être à l'autre et la vision de l'équipe sur leur encadrement. Les réponses ont donc été plus intimes et beaucoup plus explicites, j'ai compris longtemps après, que cette question déterminante pour mon enquête révélait plus de l'être que de la fonction managériale. J'ai pu entrevoir qu'il y avait autant de styles managériaux que de personnalités, on manage avec ce que l'on est, avec son humanité, ses valeurs et ses limites.

De mes entretiens auprès des CDS, un élément a été mis en exergue et a pour ainsi dire été le fil conducteur de nos conversations, ils ont en effet tous en commun le même principe moral, à l'unanimité (soit 6/6) leur aspiration est la justice. Garantir l'équité entre soignants, être honnête envers eux, la transparence, la loyauté telles sont les valeurs que tous tentent d'imposer. Même si Mr C. avoue : « *Mes valeurs sont l'équité et la justice dans l'équipe, je sais que je n'y arrive pas toujours, je suis faillible sur cette question là comme tout le monde...* ». 5 d'entre eux admettent avoir un management de style participatif, un seul (Mr C) le décrit comme directif et autoritaire et il précisera cependant qu'être juste légitime son autorité. C'est ainsi qu'ils définissent leur rapport à l'équipe :

- « Etre authentique, être soi. Ni trop près, ni trop loin, ni trop dur, ni trop souple , maitriser ses à priori, on fait aussi avec ce qu'on est... C'est difficile de tout concilier » (Mme S.M).
- « Etre stable, ne pas faire ressentir ses émotions, être juste » (Mr F) ;
- « Ce que je crois être bon pour les soignants ne l'est pas à fortiori et ce que je crois être intéressant pour fidéliser ne le sera pas. Il faut être humble et accepter... » (Mr F) ;
- « La constance du cadre, c'est important » (Mme V) ;
- « Je suis intransigeant et autoritaire. J'aime que les choses soient claires, je suis un peu gêné de le dire... Il y a des choses sur lesquelles je n'ai pas envie de transiger, ni discuter d'emblée. Ce sera comme ça parce que j'estime que sur la sécurité des patients, sur le présentéisme, je ne vais pas faire tout un débat » (Mr C) ;
- « En général, j'essaie de dépasser les clivages et être équitable, c'est la base de la participation et de l'autorité. Cette valeur là légitime mon autorité » (Mr C).

Le discours de Mr C. se distingue de celui des autres CDS, il a en effet clairement signifié que la fidélisation n'était pas un objectif managérial pour lui. Il ne prétend pas, de

la même manière, avoir une quelconque influence sur la fidélité de ses agents et est le seul à avoir assumé le fait d'être autoritaire et directif. Il décrit un management en total opposition avec ses collègues, déniait totalement le rôle du CDS dans le bien-être de son équipe, affirmant qu'il est illusoire de penser que le cadre fait partie de l'équipe mais au contraire : « *Le CDS est en dehors de ça. Il perpétue ou tempère l'ambiance mais il est en dehors de l'ambiance du service* ». Ses nuances sont néanmoins intéressantes concernant les postures du CDS mais comme tous, il a personnalisé son style managérial avec une part de lui même: « *Ma petite touche personnelle c'est l'humour, c'est travaillé, c'est un élément personnel aussi. Mais c'est un humour qui dit quelque chose, je tacle les agents et parfois les agents me tacent à leur tour. Je ne pourrai pas toujours être directif et pas toujours participatif.* »

5.2 Analyse des questionnaires destinés aux infirmiers

5.2.1 Les caractéristiques personnelles et professionnelles des IDE

Sur les 38 questionnaires exploités, il en ressort que 62% des IDE interrogés ont moins de quarante ans (34% ont entre 20 et 30 ans et 28% entre 31 et 40ans), ils sont plus jeunes que la moyenne nationale qui s'est stabilisée à 40 ans selon le rapport de la DREES de novembre 2010.⁷⁶ Ils sont donc plus représentatifs de la génération X et Y et sont plus enclins à la mobilité que leurs aînés du fait de la société consumériste dans laquelle ils ont grandi. Les plus jeunes d'entre eux sont parfois étiquetés, à tort ou à raison, génération du « zapping⁷⁷ » par leur besoin perpétuel de mouvement et représentent pour les plus anciens la quintessence de l'individualisme. Néanmoins, 21% des IDE ont entre 41 et 50 ans et 15% plus de 51 ans (cf. annexe 7).

Selon le rapport de la DREES, la profession IDE est majoritairement féminine à 88%, les résultats de mes questionnaires sont bien en-deçà puisqu'ils atteignent à peine 71%. Cette différence relativement significative (17% d'écart) s'explique parce

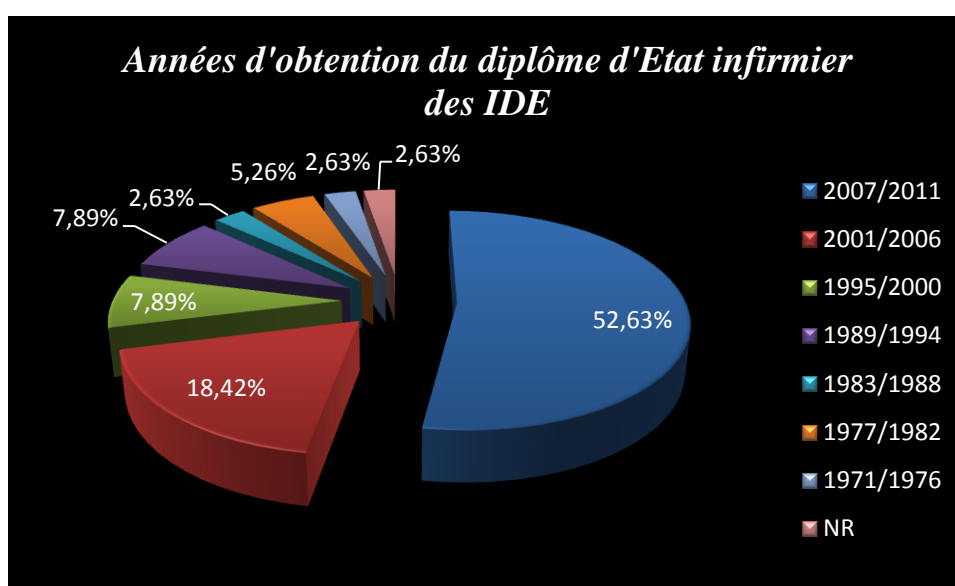
⁷⁶ ***La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles***, Muriel BARLET et Marie CAVILLON, Rapport DREES, n° 101-novembre 2010, 47 p.

⁷⁷ Zapping : « L'individu zappe. Il fait et suit des modes. Son temps est celui de l'éphémère. On l'y incite, on l'y invite. Il ne donne pas sa confiance sauf au petit cercles de ses amis, ne se lie pas des serments viagers. Il pratique plutôt un art de la défection, de la réticence, de la mise à distance. C'est un septique. Il vit dans une série de présents, plus ou moins désaccordés. Il peur être inconstant. C'est sa manière d'être souverain. » ***Petit abécédaire de l'individualisme***, Enjeux, les Echos, juillet-août 2005, p 109.

qu'historiquement sécuritaire et masculine (« gardien des aliénés »), la psychiatrie conserve un fort pourcentage d'hommes parmi ses soignants.

Les années d'obtention du diplôme d'Etat infirmier des 38 IDE sont représentées sur le graphique n°1 et témoignent du rajeunissement important des IDE au sein des équipes des deux hôpitaux spécialisés en santé mentale où mon enquête a eu lieu.

Graphique n°1 :



Graphique 1: D'après les questionnaires menés auprès de 38 IDE des hôpitaux du Centre Hospitalier de Sainte-Anne (75) et du Groupe Hospitalier de Paul Guiraud (94).

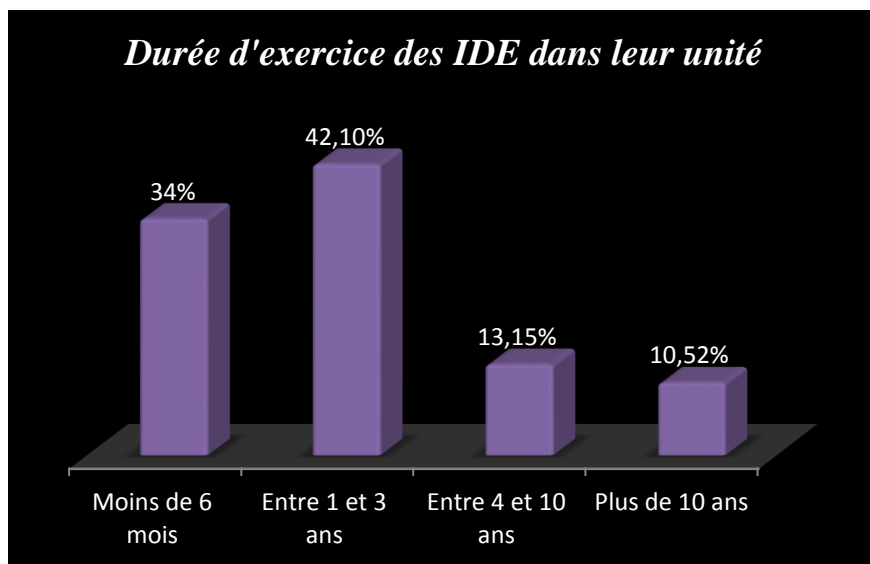
Patricia BENNER⁷⁸, dans son article « *De novice à expert (Excellence en soins infirmiers)* » explique que la compétence se nourrit de savoirs-faires (connaissances pratiques), et non pas de savoirs (connaissances théoriques), même si ce savoir est un préalable, puisqu'il constitue le point de départ de l'acquisition de l'expérience. Ainsi, plus de 52% des IDE sont diplômés depuis moins de cinq ans, ils font partie des débutants (3 ans en moyenne de travail dans le même environnement), 18% d'entre eux exercent depuis moins de 10 ans, ils sont considérés comme compétents (6 ans en moyenne). Enfin, 30% pratiquent depuis plus de 10 ans et sont des IDE experts (plus de 6 ans). L'expérience est en effet nécessaire à l'expertise. Cette hétérogénéité des équipes, à l'avantage

⁷⁸ <http://www.sideralsante.fr>, consulté le 26/04/12.

incontestable des jeunes diplômés, est une composition assez confortable pour l'élaboration et la mise en place de projets et pour le dynamisme des unités mais pas seulement. Si cet équilibre n'est pas en faveur des IDE dits experts, leur nombre est suffisant pour la transmission des savoir-faires propres à la discipline auprès des IDE débutants et ils sont confortés dans leur positionnement par une expérience solide.

Les années d'exercice des IDE dans leurs unités de soins sont définies par le graphique n° 2, il illustre clairement que la durée d'exercice n'excède pas 3 ans pour plus de 76% d'entre eux, néanmoins ce chiffre est à relativiser et à corroborer avec la première prise de poste pour une grande majorité des IDE, soit 52%. On peut déjà interpréter que la durée d'exercice des agents est assez courte, seuls 25% sont fidèles plus de quatre ans à l'unité alors que l'acquisition de compétences est de 6 ans en moyenne. Pour autant, la présence importante de jeunes diplômés dans ces unités ne prouve pas qu'ils manifestent une réelle propension à la mobilité professionnelle puisqu'ils n'ont pas d'expérience antérieure permettant d'analyser avec pertinence les données.

Graphique n°2 :



Graphique 2: D'après les questionnaires menés auprès de 38 IDE des hôpitaux du Centre Hospitalier de Sainte-Anne (75) et du Groupe Hospitalier de Paul Guiraud (94).

Quant à la durée moyenne d'exercice des agents dans une unité, elle renseigne un peu plus sur une attitude professionnelle. Ainsi, pour les IDE interrogés sur le sujet, leur réponse est sans équivoque, 52% restent moins de 5 ans ou supposent que c'est une durée raisonnable et 18% entre 5 et 10 ans. Seuls 7% travaillent en moyenne plus de 10 ans dans une unité. 21% n'ont pas renseigné cette question étant donné qu'il s'agit d'une première prise de poste.

55% des IDE ne souhaitent pas changer de poste et un peu plus de 44% l'envisagent. Ce désir de mobilité assez élevé, presque la moitié des agents, est en lien avec la jeunesse des équipes. Les raisons invoquées pour un éventuel changement sont disparates et je retiendrai donc les 5 principales (le pourcentage a été calculé sur la base des 17 IDE privilégiant quitter l'unité) :

- Goût de l'aventure et/ou besoin de changement pour 29% ;
- Réorganisation du pôle sur un site trop éloigné de leur domicile pour 17% ;
- Equilibre vie professionnelle/vie privée pour 17% ;
- Qualité de vie/coût du logement pour 11% ;
- Envie d'évoluer/réalisation professionnelle pour 11%.

Considérant la jeunesse de l'équipe, il est logique que les IDE manifestent en priorité un besoin de changement et comme ils l'ont exprimé plus explicitement le goût de l'aventure. En d'autres termes, ils apprécient de se confronter à la nouveauté, d'être en permanence sollicités par l'inconnue et de jongler d'une activité à l'autre. Cette attitude est typique de la génération du « zapping » dont la représentation est majoritaire dans la population étudiée. Un autre élément essentiel est mis en exergue, c'est la recherche d'une qualité de vie dans et en dehors du travail : une activité où ils puissent s'épanouir et se réaliser, qui doit respecter la sphère privée et ces vies doivent impérativement s'harmoniser entre-elles. Cette quête de plénitude n'est pas sans rappeler la théorie contemporaine de MACCOBY, propre aux nouvelles générations, comme nous avons pu le voir précédemment.

Pour 97% soit 37 agents sur 38, la psychiatrie est un choix délibéré et un seul livre cette réponse « *pourquoi pas* », laissant penser que ce choix n'en fut pas un. Cette écrasante majorité d'IDE ayant consenti à travailler en secteur psychiatrique est favorable

pour la discipline, en ce sens que la satisfaction professionnelle est déterminée au préalable par un désir de s'investir.

5.2.2 La représentation de la notion de fidélisation pour les infirmiers

Le concept de fidélisation revêt pour les soignants sondés diverses connotations que j'ai regroupées pour une meilleure lisibilité comme suit :

- 20% considèrent qu'il témoigne d'une bonne ambiance de travail, d'une qualité des prises en charge et d'une valorisation du travail ;
- Pour 15%, il est synonyme d'implication dans le service et de connaissances des soins psychiatriques ;
- 13% envisagent la fidélisation d'un soignant comme essentielle pour les patients dans la construction de prises en charge efficaces ;
- 7% pensent que l'épanouissement professionnel et intellectuel est à l'origine de l'envie de rester dans une unité ;
- 10% indiquent qu'elle est indispensable à la stabilité de l'équipe, pour la continuité des soins et la transmission des savoirs ;
- 5% précisent que c'est une valeur importante et l'associent à la conscience professionnelle ;
- 5% observent que c'est être en accord avec la politique du service et travailler en cohérence ;
- Enfin, des réponses plus isolées méritent cependant d'être citées comme : « *un repère pour l'équipe soignante et les patients* » ou « *équipe stable, formée et efficiente* ».

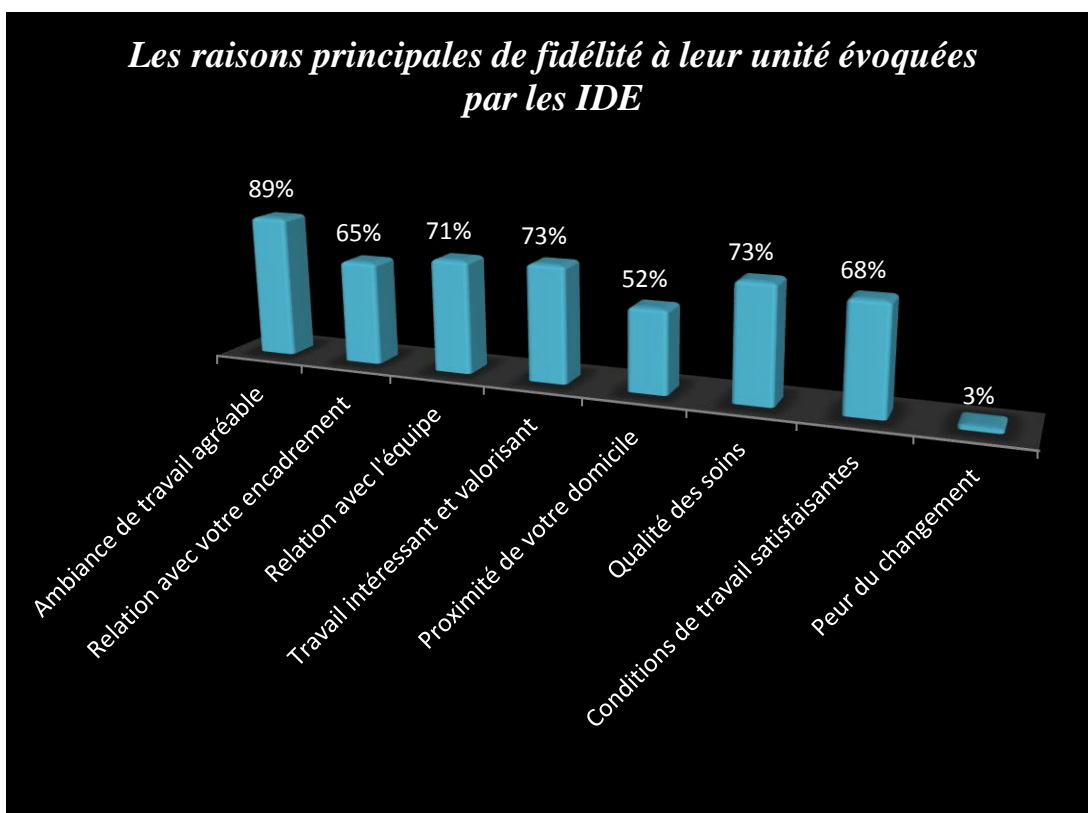
On peut donc relever toute l'ambiguïté des réponses obtenues au regard des intentions de départs et du nomadisme exprimé (moins de 3 ans dans une unité) par les IDE lors des questions précédentes. Or une grande majorité, soit plus de 80%, plébiscite la fidélisation ou ont une image très positive et constructive de cette attitude professionnelle. La fidélisation des soignants apparaît comme rassurante pour les IDE en termes de qualité et de sécurité des soins, de transmission des savoirs et surtout en rapport avec une ambiance de travail favorable. La fidélisation renseignerait sur une qualité à la fois professionnelle et personnelle du travail, indiquant ainsi la bonne santé d'une unité de soins, elle témoignerait de conditions favorables de travail. Malgré tout d'autres interprétations de la fidélisation

sont moins idéales même si elles sont moins représentatives, il me semble opportun de les exposer parce que très pertinentes :

- Pour 7%, c'est faire toute sa carrière dans une seule unité : la sédentarité ;
- Pour 2%, la peur du changement ;
- 2% considèrent qu'elle renvoie à un versant commercial «fidéliser une clientèle » et à un versant affectif « fidélité » ;
- Enfin, 2% pensent que la fidélisation est à double tranchant : c'est à la fois l'expérience et l' « encroûtement » des soignants.

A propos de leur fidélité à l'unité dans laquelle ils exercent et des raisons qui influencent cette attitude, elles sont figurées par le graphique n°3. Plusieurs réponses étaient possibles. Il illustre clairement que plusieurs conditions sont nécessaires pour que les IDE demeurent au sein de leurs unités.

Graphique 3 :

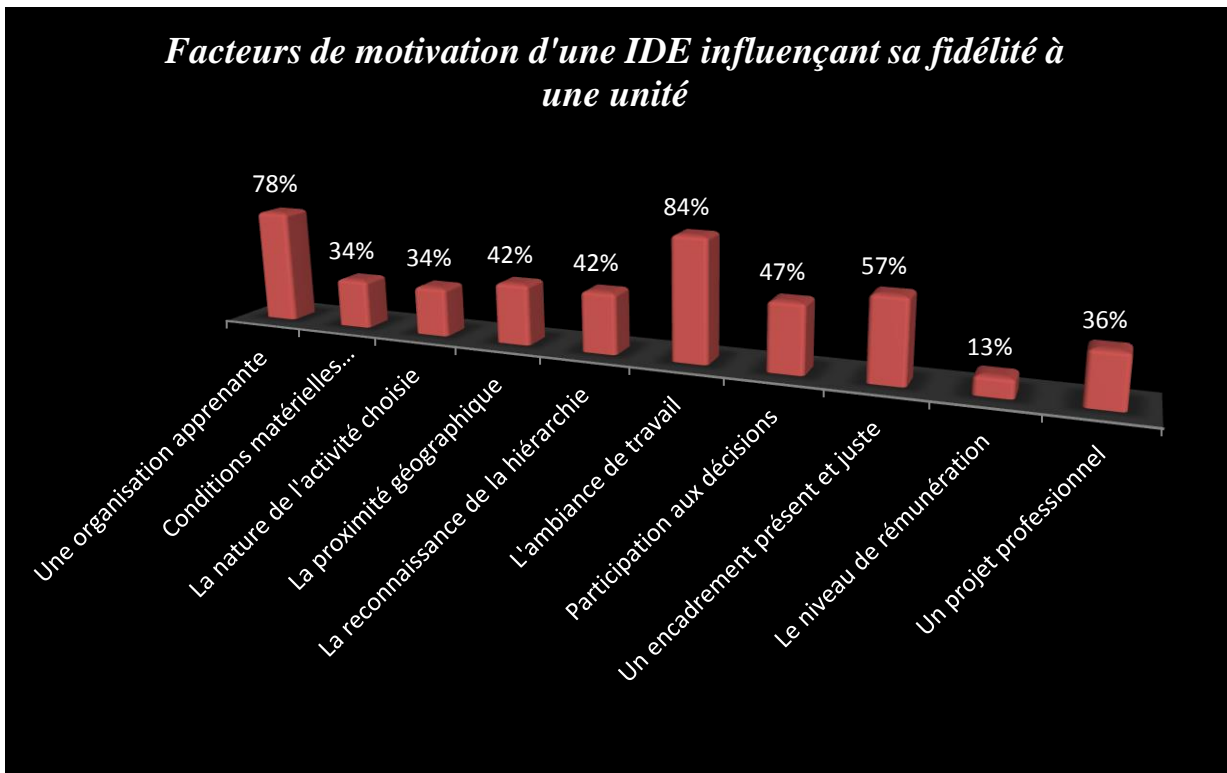


Graphique 3 : D'après les questionnaires menés auprès de 38 IDE des hôpitaux du Centre Hospitalier de Sainte-Anne (75) et du Groupe Hospitalier de Paul Guiraud (94).

Si l'ambiance de travail est un facteur déterminant à 89%, d'autres interviennent comme la relation à l'équipe pluridisciplinaire (71%) au même titre que l'intérêt au travail (73%) et la qualité des soins (73%). Les composantes à la fidélisation des IDE sont donc plurielles et interagissent entre elles, comme nous avons pu l'appréhender avec le rapport *Gestion des RH et fidélisation du personnel* C. HIRSCH et L. FIROBEN. Les conditions de travail satisfaisantes (68%) et la relation avec l'encadrement (65%) sont des raisons importantes mais non prioritaires. La peur du changement n'est que peu évoquée, peut-être est-ce en lien avec une objectivité mise à mal par la connotation péjorative perçue et l'aveu de faiblesse qu'elle sous-tend.

Ce graphique est intéressant à mettre en perspective avec le graphique 4, en effet il était demandé aux IDE d'exprimer les facteurs de motivation pouvant inciter des agents à rester dans une unité. Il ne s'agissait plus d'évoquer leurs unités mais de façon plus générale, ce qu'ils pensaient être des facteurs de motivation pour des IDE. Plusieurs réponses étaient possibles.

Graphique 4 :

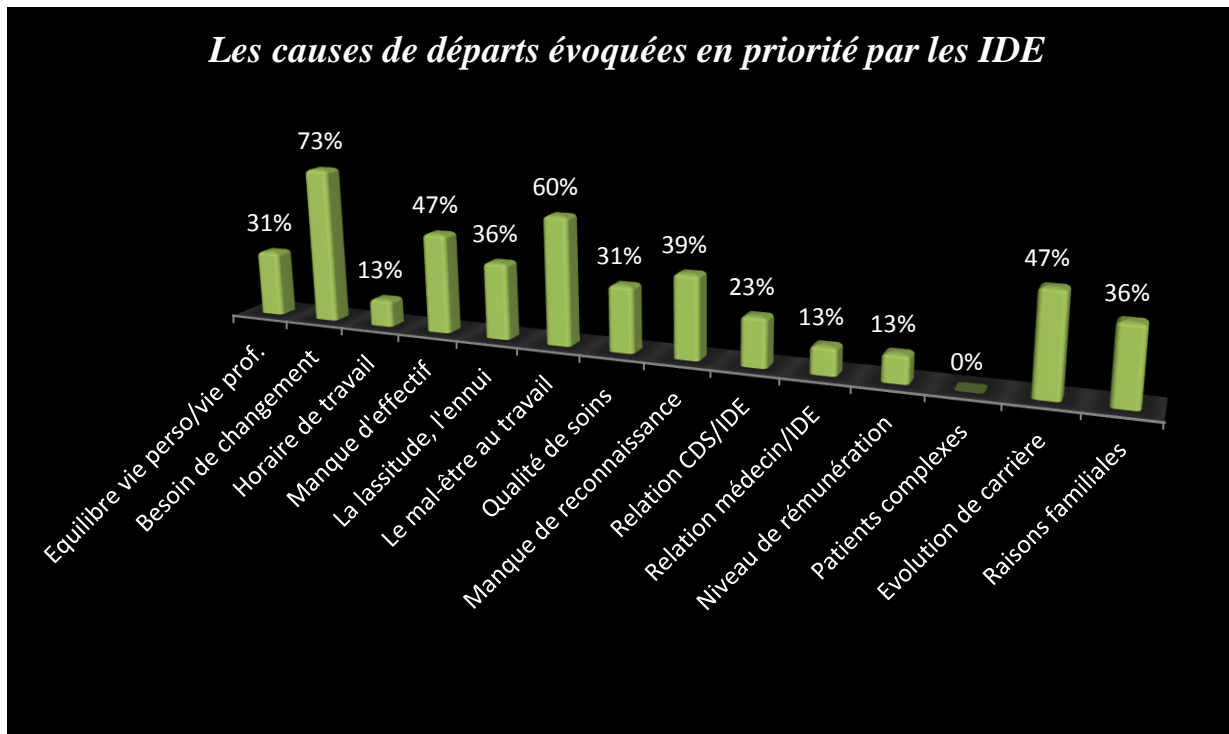


Graphique 4 : D'après les questionnaires menés auprès de 38 IDE des hôpitaux du Centre Hospitalier de Sainte-Anne (75) et du Groupe Hospitalier de Paul Guiraud (94).

Ainsi, on s'aperçoit que les réponses sont plus affirmées et moins homogènes que pour le graphique précédent. Deux motivations prévalent loin devant toutes les autres propositions, à savoir l'ambiance de travail et une organisation apprenante. Le rôle de l'encadrement n'est certes ni prioritaire et son score inférieur au tableau précédent néanmoins il intervient comme la troisième motivation participant à la fidélité d'un IDE dans une unité. Toutes les autres propositions peuvent être interprétées comme des motivations secondaires. A l'exception de la motivation financière, elle est attractive pour 13% des IDE interrogés seulement, cela tient de la culture soignante qui a longtemps considéré que la fonction soignante était incompatible avec l'intérêt financier. Les choses seront peut-être remises en cause à l'avenir, notamment en région parisienne où de nombreux soignants s'expatrient en province invoquant le coût trop onéreux de la vie (logement en partie).

5.2.3 Causes de départs évoquées par les infirmiers

Graphique 5 :



Graphique 5 : D'après les questionnaires menés auprès de 38 IDE des hôpitaux du Centre Hospitalier de Sainte-Anne (75) et du Groupe Hospitalier de Paul Guiraud (94).

Plus concrètement, le graphique 5 est un récapitulatif des réponses obtenues aux 14 propositions concernant les causes de départs des IDE (quelles soient vécues, supposées ou observées). Le besoin de changement culmine à 73% et le mal-être au travail à 60%, tandis que l'évolution de carrière et le manque d'effectif atteignent 47%.

Le besoin de changement comme nous avons pu le voir est à mettre en perspective avec la jeunesse de l'équipe tandis que le mal-être au travail résulte le plus souvent d'une accumulation de conditions défavorables de travail comme le manque d'effectif, le manque de reconnaissance, la qualité des soins ou encore la lassitude et l'ennui. L'évolution de carrière quant à elle, correspond à une mobilité positive de l'agent. Les départs des IDE sont en partie imputables à l'encadrement pour 23% des personnes interrogées, or ils considèrent dans un même temps que le CDS a un rôle important dans la fidélisation de son personnel (65%), ainsi on peut supposer que les départs ne sont pas motivés par l'encadrement direct mais bien par un ensemble de facteurs préjudiciables. L'équilibre vie privée/vie professionnelle et les raisons familiales apparaissent comme étant secondaires (31% et 36% respectivement) mais la population est relativement jeune et n'est donc pas directement impactée par ce besoin de conciliation. Enfin les horaires de travail, le niveau de rémunération et la relation aux médecins ne sont que des causes mineures mais pouvant orienter un départ si elles se cumulent entre elles. Ce qui peut confirmer que la discipline psychiatrique est un choix pour 97% des sondés, c'est sans doute que prendre en charge des patients relevant de pathologies complexes n'a aucune influence (0%) sur les départs IDE.

5.2.4 Les infirmiers et leur encadrement

Pour 100% des IDE, le CDS a un rôle prépondérant dans le bien-être des soignants et pour plus de 97% d'entre eux (37/38), il influence leur fidélisation à l'unité. Ce remarquable succès, relève bien du travail invisible inhérent à la fonction d'encadrement qui est la résultante des trois postures auxquelles les CDS doivent répondre pour asseoir leur légitimité. Comme nous avons pu le voir à l'issue du cadre théorique, pour Jean-Christophe GAUTHIER, ces derniers améliorent d'une part les conditions de travail de leur équipe (posture managériale), il intervient dans la cohérence des soins (posture clinique) et enfin il a le souci du bien-être de ses agents (posture soignante).

Ainsi le cadre de santé engage toute sa responsabilité dans le bien-être des soignants et pour qu'ils puissent s'épanouir dans leur environnement de travail, c'est cette composante essentielle qui favorisera ou non la fidélité des agents.

Enfin, la dernière question est plus directe, je leur ai demandé de définir leur encadrement avec leurs mots, cette question ouverte implique de porter un regard lucide dans la mesure du possible parce que la frontière entre objectivité et subjectivité est indubitablement floue. Je vais donc énumérer les qualificatifs par ordre de priorité que j'ai relevé majoritairement, chaque IDE a renseigné cette question dans une fourchette d'adjectifs se situant entre 1 et 6 : Le terme juste a été cité 12 fois, écoute/disponibilité 8 fois, aidant/soutenant 6 fois, présent 4 fois, cohérent 3 fois, bienveillant 3 fois, de qualité 3 fois, puis les termes suivants sont plus isolés tels que efficace, respectueux, motivant, de confiance, conciliant, professionnel, responsable, humain, calme, agréable, simple, intelligence relationnelle, souriant, dynamique, fédérateur et informé.

Sur les 38 réponses obtenues, 32 IDE ont une vision positive de leur encadrement, en témoigne les qualificatifs susnommés, une réponse seulement est non renseigné et 5 IDE témoignent de réelle difficulté relationnelle avec leur CDS qu'ils illustrent de la manière suivante : « *Peu soutenant, pas reconnaissant* », « *stressé et stressant* », « *manque de transparence et peu soutenant* », « *manque de communication* » et « *on espère parfois plus de reconnaissance* ».

A l'issue de l'analyse des questionnaires adressés aux IDE en secteur psychiatrique, je peux déjà dresser le bilan suivant en lien avec mon hypothèse de départ :

- La fidélisation est une valeur importante pour 80 % ;
- Un changement de poste est envisagé pour 44% et 76 % pensent que 3 ans est une durée de travail satisfaisante dans un service ;
- A l'unanimité, il incombe au CDS le bien-être des soignants et il participe de fait à fidéliser son équipe ;
- Plus de 84 % légitiment et reconnaissent les qualités managériales et humaines de leur CDS.

5.3 Synthèse de l'enquête

Mon hypothèse de départ supposait donc que : « *La crédibilité du CDS repose en partie sur sa reconnaissance par l'équipe. Le cadre ainsi reconnu est de fait légitimé, il peut donc s'investir, accompagner et soutenir une équipe motivée et mobilisée dans la réalisation de projets audacieux et innovants. C'est cette dynamique qui est à l'origine de la valorisation des agents au travers de leur travail et du sens retrouvé. Ainsi, sa propre légitimité est un des outils (leviers) essentiels au cadre de santé en secteur psychiatrique, pour conduire une stratégie de fidélisation solide qui aboutisse à la fidélité des infirmiers de son unité.* »

Somme toute, ce que recherche l'encadrement ce n'est pas la fidélisation des IDE dans l'absolu, elle n'a effectivement pas de sens (Mme S.M), l'intérêt du CDS est bien de maintenir la stabilité de son équipe et à juste titre de lutter contre un risque de contagion des départs d'IDE. Son rôle est alors d'accompagner au plus près les soignants dans l'unité et tout au long de leurs parcours professionnels, dès lors que ces évolutions sont pertinentes pour eux. Cette attitude du CDS sera d'autant plus reconnue qu'elle concourt à rejeter un immobilisme délétère et improductif pour l'équipe. Ainsi fidéliser le personnel, est nécessaire à la condition que cette action garantisse la dynamique de groupe et le besoin inhérent aux soignants de consolider leurs compétences. Il faut pour cela, faire en sorte que les IDE demeurent investis et mobilisés dans des actions constructives pour eux et pour les patients.

Quant aux IDE, si la légitimité de leur encadrement est incontestable pour 84% et leur rôle prépondérant dans la rétention des soignants, cette légitimité n'est qu'un maillon de la chaîne pour la création d'un environnement favorable de travail permettant d'assurer leur fidélité à long terme. Les conditions à la fidélité soignante sont nombreuses, interdépendantes et inter-agissantes, elles ne sont pas sans rappeler celles des hôpitaux aimants telles que l'autonomie professionnelle, les relations positives avec ses pairs, la transcendance de la dimension clinique (patient au cœur des intentions, discussions et changement), un ratio de personnel adéquat, l'importance de la qualité des soins, la valorisation professionnelle, les décisions collégiales et une gestion souple et ferme à la fois.

C'est pourquoi mon hypothèse est en partie invalidée puisque j'avais présumé que la légitimité du CDS était un levier essentiel à la fidélisation des IDE en secteur

psychiatrique. Il convient donc au terme de ce travail d'être prudent et de relativiser mon propos, il serait en effet illusoire de prétendre que la légitimité du CDS est LA condition, c'est UNE condition parmi tant d'autres, elle fait partie intégrante d'un tout. Les IDE, et ce malgré une réelle reconnaissance de leur encadrement, manifestent une propension à la mobilité professionnelle et à la découverte de nouveaux horizons. Ce que nous avons pu déjà entrevoir au décours du cadre théorique où VALLA⁷⁹ signifiait clairement après une enquête auprès de cadres du secteur privé que « *la durée des relations ne peut être considérée comme un bon indicateur de la nature des relations entre les acteurs* » et explicitant que l'on peut entretenir des relations saines avec sa hiérarchie et ne pas être fidèle et inversement souffrir de relations délétères et être fidèle à l'entreprise.

Ainsi, c'est la mutualisation des moyens institutionnels et la synergie de tous qui œuvrera à construire un environnement sain susceptible d'offrir des conditions de travail optimales aux acteurs de soins et de ce fait, de garantir la qualité des soins. Dans cette perspective, la définition de « l'organisation apprenante⁸⁰ » me semble être très à propos : « *L'organisation apprenante reflète une culture organisationnelle – une façon d'être et de fonctionner dans un environnement – où les gens collaborent et réfléchissent ensemble pour que l'organisation s'améliore constamment afin de devenir une organisation saine et agile. On y favorise la synergie par le dialogue sur l'expérience et les connaissances, l'ouverture la connaissance de soi, la collaboration avec toutes les composantes de l'organisation et la vision partagée. Ainsi, les gens se sentent valorisés, les équipes et l'organisation sont plus efficaces et s'adaptent mieux aux nouveaux défis* ».

6 Biais et limites de l'enquête

Comme tout exercice de recherche et d'analyse traitant d'un sujet qui nous a questionné et malgré l'exigence d'être la plus objective possible dans mes interprétations, il me paraît raisonnable de préciser que mes travaux sont emprunts d'une subjectivité inconsciente. Pour autant, la volonté de demeurer neutre et impartial ne m'a pas quitté tout au long de la réalisation de mon mémoire.

⁷⁹ *La fidélisation des cadres : une étude exploratoire*, Laurent GUILBERT, Sana Henda, « Carrières et contextes » 5^{ème} journée d'étude sur les carrières, Lyon, 22-23 mai 2008, 18 p.

⁸⁰ <http://www.dianegibeault.com> , consulté le 05/05/12.

Pour les questionnaires d'une part, comme tout échantillon, si son ambition est de pouvoir être extrapolée à la population IDE en générale, il faut néanmoins considérer que le tirage au sort de deux populations réalisé de manière aléatoire et dans les mêmes conditions, donne toujours des résultats légèrement différents. Ainsi, mon étude comprend une marge d'erreur dont l'estimation reste difficilement évaluable. D'autre part, j'ai pu récupérer 38 questionnaires dans la population IDE, cet échantillonnage est relativement faible et n'est donc pas forcément représentatif de l'ensemble des IDE en secteur psychiatrique.

Pour les entretiens, j'ai pu en réaliser 6 auprès des CDS et le temps qui m'était imparti trop restreint pour que je puisse recueillir le nombre de témoignages auquel j'aspirais au préalable.

En outre, je dois préciser que cette enquête est la seconde qui m'ait été demandé d'entreprendre, j'avais déjà mené des entretiens pour la réalisation de mon travail de fin d'étude en Institut de Formation en Soins Infirmiers. Je suis donc novice en matière d'études statistiques néanmoins j'ai travaillé avec rigueur et enthousiasme et le résultat de mon enquête reflète, je l'espère, l'investissement et le plaisir qui m'ont accompagné tout au long de ce travail.

7 Quelques pistes de réflexion

Le résultat de ma recherche démontre que les cadres de santé mais pas seulement les directeurs de soins, les directeurs de ressources humaines se sont déjà interrogés sur les critères de fidélisation et ont réfléchi aux actions à développer. Les leviers et les axes d'amélioration à envisager peuvent s'appuyer sur les conditions favorables de travail repérées par les différentes études (notamment celles des hôpitaux aimants, de « l'organisation apprenante » et des conclusions du rapport de la DRASS de juin 2008). Par ailleurs, j'ai pu constater que ces conditions corroboraient avec les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée auprès des 38 IDE.

Pour mémoire, les conditions favorables sont l'autonomie professionnelle des IDE, les relations positives avec leurs pairs, la transcendance de la dimension clinique (patient au cœur des intentions, discussions et changements), un ratio de personnel adéquat,

l'importance de la qualité des soins, la valorisation professionnelle, les décisions collégiales et une gestion souple et ferme à la fois. Si le CDS ne peut pas prétendre à pouvoir agir sur l'ensemble de ces leviers (qui sont par ailleurs souvent interdépendants), néanmoins il peut y aspirer et ainsi apporter sa contribution à la dynamique institutionnelle.

Ce qui marche sans conteste au regard des résultats de mon enquête, c'est en premier lieu un encadrement présent et juste qui l'autorise ainsi à être légitime auprès de son équipe mais cette reconnaissance est impuissante pour fidéliser si elle ne s'accompagne pas en second lieu d'un travail pluri professionnel opérant. Qu'est-ce à dire ? C'est une équipe médicale présente qui communique aisément avec l'encadrement de proximité, ce sont par exemple un temps de transmission formalisé quotidiennement entre psychiatres, internes, externes, soignants, assistante sociale, ergothérapeute, des réunions cliniques hebdomadaires, des réunions intra/extrahospitalières régulières... Cette implication de tous insuffle une dynamique forte, une énergie partagée qui crée du lien et qui donne un sens aux actions de chacun. Peu importe le terme employé, qu'il s'agisse de fédérer, de mutualiser, d'unir, ou d'associer, c'est le groupe qui fait la force d'une équipe et qui la rend solide. Le décloisonnement est essentiel et ce n'est pas un vain mot.

Cette politique de pôle est difficile à instaurer puisque chacun doit en être l'acteur et comme nous le savons l'hôpital est un lieu où chaque catégorie professionnelle invoque une identité qui lui est propre. Mais lorsque tout devient possible avec la volonté notamment initiée par l'encadrement et la communauté médicale, elle donne naissance à une vraie culture de service. Et c'est cette culture de service qui permet aux IDE de s'épanouir professionnellement et de ne pas avoir envie de partir.

Par conséquent, une dynamique polaire semble être une issue pérenne à la problématique du « turn over » trop important du personnel soignant et pour ce faire, il est impératif que les CDS et la communauté médicale forment un binôme cohérent et soutenant. Il me semble fondamentale de rechercher en permanence ce pilotage, cette alliance pour permettre à l'équipe de consolider ces compétences, d'être rassurée et entendue, de se sentir reconnue et donc d'entretenir le sentiment d'appartenance à un groupe solide. Je souhaite organiser un travail d'équipe soutenu et soutenant.

Les hôpitaux aimants illustrent bien que ce n'est pas parce que nous vivons depuis longtemps déjà une réelle pénurie soignante, et le phénomène tend inexorablement à

s'amplifier, qu'il est impossible de fidéliser des IDE compétents. Ils ont pu expérimenter que fidéliser est possible, même si cela suppose une réelle synergie des actions de chacun au niveau institutionnel. En psychiatrie notamment, secteur où l'approche clinique, la posture réflexive et l'attention portée à l'autre sont des composantes propres à la discipline ; cet espace où l'on accueille la différence est plus attractif auprès des jeunes générations que ce que je supposais. Un des leviers consiste donc à faire prévaloir notre singularité auprès des étudiants en soins infirmiers, un travail de transmission des savoirs inhérent à la psychiatrie doit s'amorcer en amont avec un accueil et un tutorat formalisé des étudiants.

Tous les travaux réalisés sur le sujet s'accordent sur un point, quelque soit la stratégie employée dans le but de fidéliser le personnel soignant, elle ne peut pas faire l'impasse sur la présence d'un leadership novateur et dynamique. Il encourage les IDE à fournir un effort supplémentaire, il favorise leur satisfaction au travail et leur insuffle le désir de s'impliquer durablement pour l'institution et dans ses missions. Je citerai Corinne SLIWKA⁸¹ évoquant le rôle déterminant des managers comme suit : *« Bien que le style de management dépendent en grande partie de la personnalité du responsable, de la formation qu'il ait suivie, de ses expériences professionnelles antérieures et des caractéristiques de l'équipe qu'il anime, la qualité du management est reconnue comme étant la pierre angulaire des hôpitaux attrayants ou magnétiques. Ce management qualifié de transformationnel semble avoir un effet positif sur l'implication des infirmières et repose sur un certain nombre de principes dont le charisme du leader, l'influence idéalisée, la considération individuelle et la stimulation intellectuelle. »*

⁸¹ *Turn-over des infirmières en Ile-de-France : Quelles stratégies des Directeurs de Soins pour recruter et fidéliser ?* Corinne Sliwka, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, promotion 2005, 59 p.

Conclusion

Le thème de la fidélisation soignante s'est imposé à moi d'emblée, sans réelle démarche réflexive de fait. De certitudes en convictions sur les bienfaits d'un tel comportement, mon positionnement a cheminé au fil du temps et de mes recherches pour aboutir à un questionnement moins catégorique et plus nuancé sur la fidélité.

Certes, le travail inhérent à la discipline psychiatrique requiert une stabilité des équipes et un engagement de tous les acteurs, elle convoque des compétences infirmières qui s'inscrivent nécessairement dans la durée. Mais lorsque fidélité flirte avec immobilisme et passivité, alors elle entrave la dynamique d'équipe et devient délétère.

Les ressources humaines étant un déterminant essentiel pour offrir des soins de qualité, elles engagent l'ensemble des acteurs hospitaliers pour garantir leur stabilité et/ou pour permettre une mobilité positive anticipée, qui soit constructive à la fois pour l'établissement et l'individu. La mobilité des IDE, dont les origines socioculturelles et générationnelles sont irréversibles et contemporaines, oblige les CDS à composer avec elle. Mais porter des stratégies de fidélisation implique une politique institutionnelle forte notamment au travers d'un Projet d'Etablissement cohérent et aboutit, comme nous avons pu le voir avec le Centre Hospitalier de Sainte-Anne. Ainsi la DSSI, la DRH, le pôle et les CDS participent en partie à créer des conditions de travail favorables au bien-être des soignants.

En outre, le rôle du CDS au travers de son style managérial est prépondérant non plus pour assurer la fidélité de ses IDE mais bien pour permettre un travail en équipe dynamique et motivant. C'est construire un groupe solide pour prétendre à des individus accomplis.

Si mon travail n'a pas la prétention d'avoir éclairé un peu plus mes lecteurs au regard du nombre important de mémoires, études, rapports, ouvrages et articles consacrés sur ce thème, il m'aura apporté des angles de réflexion que je n'avais pas exploré. L'intérêt permanent suscité par cette question et partagé par tous, témoigne de l'enjeu pour nos établissements de santé et de leur pérennité à venir.

Bibliographie

Ouvrages :

- ✓ La Fédération Française de Psychiatrie (2003), *Livre blanc de la psychiatrie*, Editions John-Libbey Eurotext, Paris, p 57.
- ✓ Peretti Jean-Marie (1999), *Gestion des Ressources Humaines*, Vuibert, Paris, 287 p.
- ✓ Paillé Pascal (2004), *La fidélisation des ressources humaines*, Economica, Paris, 268 p.
- ✓ Dortier Jean-François (2004), *Dictionnaire des Sciences Sociales*, Edition Sciences Humaines, 888 p.
- ✓ Editions Larousse, *Le Petit Larousse illustré 2012*, 1984 p.

- ✓ Weber Max (1971), *Economie et société*, Editions Plon, pp 30-220.
- ✓ Bergeron Pierre (2006), *La gestion dynamique*, Montréal : Gaëtan Morin, p 416.
- ✓ Duverger Maurice (1982), *Dictatures et légitimité*, P.U.F, p 7.
- ✓ Boltanski Luc et Thévenot Laurent (1991), *De la justification*, Gallimard, p 55.
- ✓ Balandier Georges (1980), *Le pouvoir sur scène*, Balland, p 145.
- ✓ Henry Mintzberg (2006), *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Editions d'Organisation, 283 p.
- ✓ Henry Mintzberg (1998), *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, 440 p.

Rapports et mémoires:

- ✓ *Le tutorat des infirmiers en psychiatrie : un levier stratégique pour le directeur des soins*, Malika Touak, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Promotion : année 2009, septembre 2009, 35 p.

- ✓ *Attractivité et fidélisation des professionnels paramédicaux dans les structures sanitaires et médico-sociales, référentiel d'aide à l'élaboration de la politique d'attractivité et de fidélisation des professionnels*, Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile-de-France, Paris, juin 2008, 42 p.

- ✓ *Les stratégies d'attractivité et de fidélisation du personnel en milieu hospitalier : l'exemple de la profession infirmière en gériatrie aux hospices civils de Lyon*, Isabelle Richard, Rennes, Ecole Nationale de la Santé Publique, Promotion 2006-2008, novembre 2008, 89 p.

- ✓ *Rapport sur les facteurs d'évolution probables à moyen et long terme dans le champ sanitaire, social, médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations*, Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, mars 2007, 177 p.
- ✓ *L'attachement des salariés à leur entreprise, ses déterminants et ses conséquences. Le cas des ingénieurs*, Meyssonier R (2005), Thèse de doctorat, Université d'Aix-Marseille III Paul Cézanne, IAE Aix-en-Provence.
- ✓ *Atelier « Gestion des RH et fidélisation du personnel »*, Rapport C. Hirsch et L. Firoben, CCRH-Plénière de printemps 2002, 17/04/2002, 18 p.
- ✓ *La fidélisation des cadres : une étude exploratoire*, Laurent GUILBERT, Sana Henda, « Carrières et contextes » 5^{ème} journée d'étude sur les carrières, Lyon, 22-23 mai 2008, 18 p.
- ✓ *La profession infirmière : Situation démographique et trajectoires professionnelles*, Muriel BARLET et Marie CAVILLON, Rapport DREES, n° 101-novembre 2010, 47 p.
- ✓ *La légitimité : Une attention particulière pour le cadre de santé*, Lochet Nathalie, Institut de Formation des Cadres de Santé, GREFOPS de Rennes, Promotion 2010-2011, juin 2011, 180 p.
- ✓ *Le cadre infirmier de proximité en psychiatrie : acteur au sein d'un établissement public de santé mentale*, Debiche Michel, Rennes, Mémoire de l'Ecole nationale de la Santé Publique, promotion 2001, octobre 2001, 88 p.
- ✓ *Référentiel Métiers-Compétences des Cadres de Santé*, Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC), 23 p.
- ✓ *Turn-over des infirmières en Ile-de-France : Quelles stratégies des Directeurs de Soins pour recruter et fidéliser ?* Corinne Sliwka, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, promotion 2005, 59 p.
- ✓ *Projet d'Etablissement 2011-2015 Synthèse*, Centre Hospitalier Sainte-Anne, décembre 2010, 26 p.

Articles :

- ✓ Dejours Christophe (2004), *L'impossible mesure du travail invisible*, Sciences Humaines, N°154, novembre 2004.

- ✓ Mariage-Gaudron Laetitia (2009), *Approche intergénérationnelle des comportements professionnels et du travail en équipe*, Soins Cadres, n°72, Paris, Ed Elsevier Masson, novembre 2009, pp. 49-52.
- ✓ Ruano-Borbalan Jean-Claude (2001), *Autorité : De la hiérarchie à la négociation*, Sciences Humaines, n°117, juin 2001, 114 p.
- ✓ *Guide de terminologie de soins infirmiers n° 3*, Série Soins Infirmiers, Glossaire provisoire B.O. n° 86/21 bis, page 203.
- ✓ *Petit abécédaire de l'individualisme*, Enjeux, les Echos, juillet-août 2005, p 109.

Webographie :

- ✓ <http://www.espaceinfirmier.com> , consulté le 28/01/12.
- ✓ <http://www.asmp.fr/travaux/communications/2007/allilaire.htm> , consulté le 29/01/12.
- ✓ *De l'infirmier au travail à l'infirmier spécialisé en santé du travail*, Rapport de synthèse, Ordre National des Infirmiers, Janvier 2011, consulté le 13/11/11, <http://www.ordre-infirmiers.fr> .
- ✓ *Environnements favorables à la pratique*, Journal Association FSI-USJ 2007, consulté le 15/12/11, <http://www.fsi.usj.edu.ib/anciens/journal2007/arti5.pdf>.
- ✓ *La motivation au travail- Concepts et théories*, Les Notes du LIRHE, Patrice Roussel, octobre 2000, consulté le 23/12/11, <http://lesclesdelamotivation.fr/Documents%20li%E9s/motivationroussel>.
- ✓ *Motivation, satisfaction, implication, adhésion*, La confiance au cœur de vos réussites, AKENA, consulté le 23/12/11, <http://letempsdesmanagers.files.wordpress.com>
- ✓ *Un Modèle Global de la Satisfaction au Travail*, ESC Bordeaux, François Durrieu, consulté le 23/12/11, <http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/pdf/durrieu.pdf> .
- ✓ *Pénurie infirmière, le constat : Ce qui s'améliore, ce qu'il reste à améliorer*, CRIPPM ARHIF-DRASSIF, M Chaboissier, consulté le 26/12/11, <http://www.parhtage.sante.fr>.
- ✓ *Syndicat National des Professionnels Infirmiers*, consulté le 04/02/12, <http://syndicat-infirmier.com>.

- ✓ Extrait des *Pensées*, Blaise Pascal, posthume, consulté le 09/02/12, <http://www.bibliopax.com>.
- ✓ *Pouvoir et autorité : Quelques réflexions sur ces deux notions*, Synthèse de la conférence de Claude Javeau du 10/02/04, consulté le 08/01/12, http://arcampin.free.fr/pouvoir_et_autorite.htm.
- ✓ *L'autorité*, consulté le 15/01/12, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Autorite.htm>
- ✓ *Le pouvoir*, consulté le 15/01/12, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Pouvoir.htm>
- ✓ *Pouvoir et leadership*, consulté le 15/01/12, <http://psychonice06.free.fr>
- ✓ *Le leadership*, consulté le 16 /01/12, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Leadership>
- ✓ WIKIPEDIA, consulté le 23/12/11 et le 08/01/12, <http://fr.wikipedia.org> .
- ✓ *Le cadre de santé est-il un manager comme les autres ?* Jean-Christophe Gauthier, consulté le 17/01/12, <http://www.cadredesante.com> .
- ✓ *Données SAE de la DRESS*, www.ecosante.fr, consulté le 26/02/12.
- ✓ <http://savoirs.u-strsbg.fr> , consulté le 01/04/12.
- ✓ <http://www.sideralsante.fr> , consulté le 26/04/12.
- ✓ <http://www.dianegibeault.com> , consulté le 05/05/12.

Annexes

Annexe 1 : Pyramide de MASLOW.

Annexe 2 : Théorie des organisations d'Henry MINTZBERG.

Annexe 3 : Evolution du nombre de lits par discipline : rapport IRDES.

Annexe 4 : Grille d'entretien destinée aux cadres de santé.

Annexe 5 : Questionnaire destiné à l'équipe infirmière.

Annexe 6 : Retranscription des entretiens destinés aux cadres de santé.

Annexe 7 : Données des 38 questionnaires destinés aux infirmiers.

Annexe 1 :

Pyramide de Maslow



82

⁸² Consulté le 23/12/11, <http://www.google.fr> .

Annexe 2

LA THEORIE DES ORGANISATIONS SELON HENRY MINTZBERG⁸³ :

Professeur de management à l'Université de Montréal, dans son ouvrage de référence *Structure et dynamique des organisations*, Henry MINTZBERG présente une approche globale de l'organisation qui est analysée en fonction des relations entre cinq de ses composantes et de leur poids respectif dans la structure :

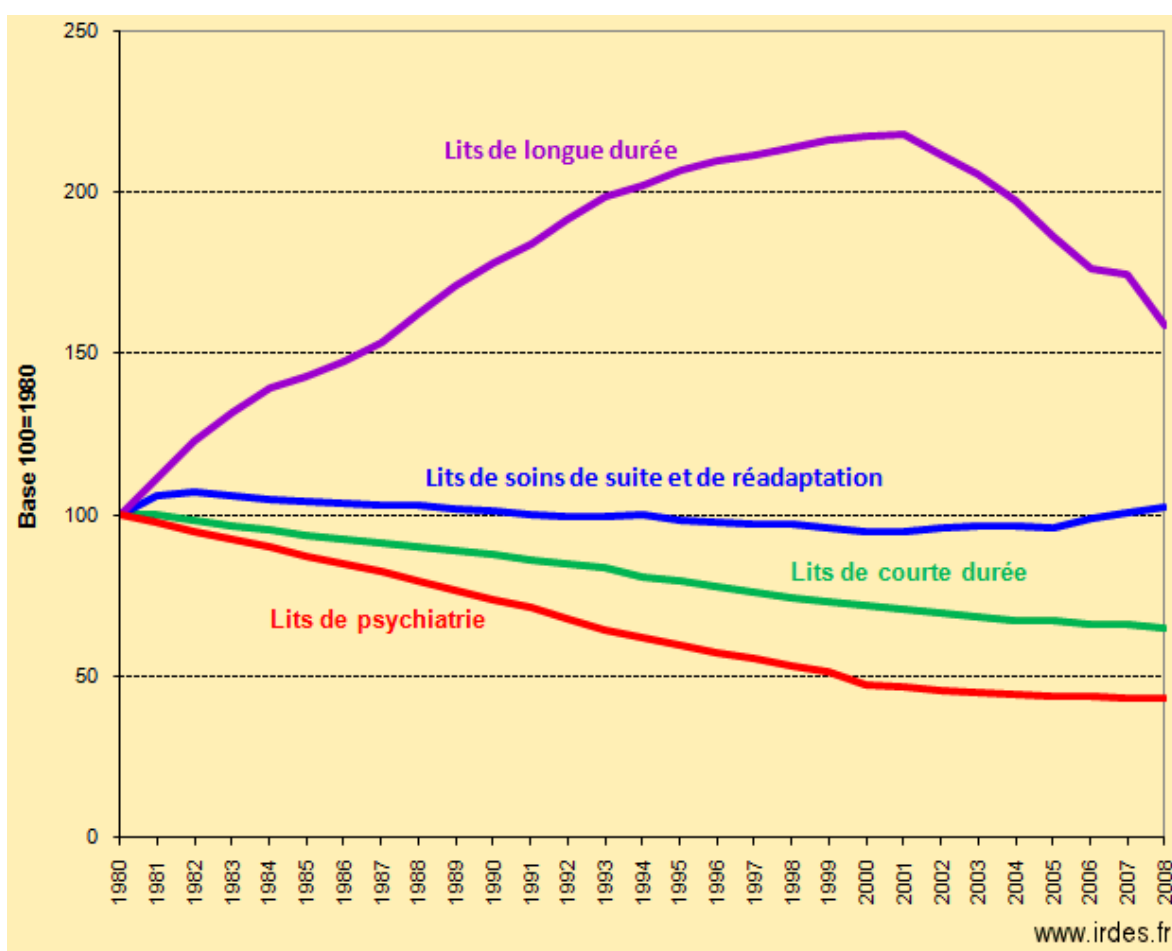
- Le centre opérationnel : Unités qui exécutent les tâches de production et de distribution ;
- Le sommet stratégique : Equipe dirigeante ;
- La ligne hiérarchique : Qui relie le centre opérationnel et le sommet stratégique ;
- La technostructure : Unités qui planifient et organisent le travail ;
- Le support logistique : Unités qui assurent des prestations non directement liées à l'activité (la restauration dans l'entreprise).

Définir et gérer la structure revient pour MINTZBERG à prévoir les moyens utilisés pour diviser le travail en tâches distinctes et à en assurer la coordination : ainsi, en fonction de ses environnements, ses stratégies, sa méthode de management des hommes et des objectifs, le pouvoir sera plus ou moins centralisé, les lignes hiérarchiques plus ou moins nombreuses et courtes, la technostructure et le support logistique plus ou moins important.

⁸³ Henry Mintzberg (1998), *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, 440 p.

Annexe 3

EVOLUTION DU NOMBRE DE LITS PAR DISCIPLINE : Rapport IRDES⁸⁴



⁸⁴ Données SAE de la DRESS, www.ecosante.fr, consulté le 26/02/12.

Annexe 4

GRILLE D'ENTRETIEN DESTINEE AUX CADRES DE SANTE :

- Entretien semi-directif du (date).
- Service de psychiatrie adulte. Unité de (nombre) lits. (Nombre) infirmier(e)s en poste.
- Conditions et environnement de travail :
 - Amplitude horaire :
 - Planning :
 - Ancienneté de l'unité :
 - Locaux :
- Pouvez-vous vous présenter ? (Depuis quand êtes vous cadre ? Quelle est votre ancienneté dans l'unité ? Quel est votre parcours ?)

1/ Comment définiriez-vous la fidélisation des infirmiers à une unité ?

2/ Quels peuvent être, selon vous, les facteurs influant sur leur fidélisation à l'unité ?

3/ La fidélisation des IDE est-elle un objectif pour la DSI ou DRH, le pôle et votre unité ? Si oui, quels moyens déployés, quelle politique de fidélisation mise en place ?

4/ Selon vous, l'encadrement a-t-il un rôle prépondérant dans la fidélisation des IDE ?

5/ Dans votre établissement pourriez-vous identifier les principales causes de départ ?

6/ La fidélisation du personnel IDE est-elle une de vos priorités de management ?

7/ Pouvez-vous définir votre style de management, vos qualités et vos valeurs en tant que CDS ?

Annexe 5

QUESTIONNAIRE DESTINE A L'EQUIPE INFIRMIERE :

Je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure de Montsouris et dans la perspective de l'obtention de mon diplôme, il nous est demandé de réaliser un mémoire.

Mon thème est la fidélisation des infirmiers en secteur psychiatrique. Vous intervenez depuis peu ou depuis longtemps dans cette discipline où l'axe relationnel est prépondérant, c'est pourquoi votre point de vue m'intéresse.

Pour ce faire, je sollicite un peu de votre temps afin de répondre à mon questionnaire. Je tiens à vous informer qu'il est strictement confidentiel et anonyme, les résultats seront analysés pour infirmer ou confirmer mon travail de recherche et pourront vous être adressés si vous le souhaitez.

Si vous désirez approfondir ou préciser vos réflexions, n'hésitez pas à me contacter au 06 45 50 08 67.

1/ Date :

2/ Quel âge avez- vous ?

- Entre 20 et 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Plus de 51 ans

3/ Vous êtes : Un homme Une femme

4/ Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ?

5/ Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité de soins ?

6/ Combien de temps en moyenne restez-vous dans une unité de soins ?

- Entre 0 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- Plus de 10 ans

7/ Envisagez-vous actuellement un changement de poste ? Oui Non

Pourquoi ?.....

.....

8/ La discipline psychiatrique est-elle un choix réfléchi de votre part ?.....

.....

9/ Que représente pour vous la fidélisation d'un soignant à une unité ?.....

.....

10/ Pour quelles raisons êtes-vous fidèle à votre unité de soins ? (Plusieurs réponses possibles).

- Ambiance de travail agréable. Qualité relationnelle avec vos collègues.
- Qualité des relations avec votre encadrement.
- Qualité des relations avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.
- Travail intéressant et valorisant.
- Proximité de votre domicile.
- Qualité des soins et des relations avec les patients.
- Conditions de travail satisfaisantes (Horaires, planning, congés annuels, crèche).
- Peur du changement.
- Autres raisons. Pouvez-vous les expliciter ?.....

.....

11/ Quelles sont, selon vous, les raisons principales des départs IDE de l'unité ? (Plusieurs réponses possibles).

- Difficulté à concilier vie familiale/vie professionnelle.
- Recherche d'approfondissement des compétences, besoin de changement.
- Horaires de travail.
- Manque de temps, charge de travail, le manque d'effectif.

- La lassitude, l'ennui.
- L'épuisement professionnel, le burn out, le mal-être au travail.
- Le sentiment de ne pas offrir des soins de qualité aux patients.
- Le manque de reconnaissance de la hiérarchie et de soutien de la direction.
- Relation cadre de santé/infirmier.
- Relation médecin/infirmier.
- Le niveau de rémunération.
- En lien avec des patients relevant de problématiques complexes.
- Recherche de promotion sociale ou d'évolution de carrière.
- Rapprochement familial, suivi du conjoint, problème de garde des enfants.

12/ D'après vous, quels seraient les principaux facteurs de motivation d'un(e) infirmier(e) pour rester dans une unité de soins ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses, dans ce cas merci de les numéroter par ordre de priorité).

- Un enrichissement des connaissances, une organisation apprenante, des formations possibles.
- Conditions matérielles satisfaisantes.
- La nature de l'activité choisie.
- La proximité géographique.
- La reconnaissance de la hiérarchie.
- L'ambiance de travail.
- La possibilité de participer aux décisions concernant l'unité, la prise en compte des suggestions dans l'organisation.
- Un encadrement présent et juste.
- Le niveau de rémunération.

- Un projet professionnel.
- Autres raisons :

13/ Pensez-vous que le cadre de santé joue un rôle prépondérant dans le sentiment de bien-être des infirmier(e)s dans leur unité ?

- Oui
- Non

14/ Diriez-vous que le cadre de santé a une influence sur la fidélisation des infirmiers de son unité ? (Justifier si vous le souhaitez)

- Oui
- Non

.....
.....

15/ Comment définiriez-vous votre encadrement en quelques mots?

.....
.....

Je vous remercie d'avoir porté intérêt à ce questionnaire et vous souhaite un parcours professionnel riche et accompli.

Annexe 6

Tableau de retranscription des entretiens destinés aux cadres de santé :

<p><u>Entretien semi-directif n°1</u> : Le 05/03/12, Mme S.M. Myriam, 36 ans, CDS hôpital Paul GUIRAUD (94), unité de 23 lits dans un pôle de psychiatrie adulte (68 lits), 7 IDE en poste de jour avec une amplitude horaire de 8 heures. Diplômée CDS en 2008. Durée : 23 mn.</p>
<p><u>Entretien semi-directif n°2</u> : Le 05/03/12, Mr C. Jamel, 48 ans, CDS hôpital Paul GUIRAUD (94), unité de 29 lits dans un pôle de psychiatrie adulte (68 lits), 7 IDE en poste de jour avec une amplitude horaire de 8 heures. Diplômé CDS en 2008. Durée : 20 mn.</p>
<p><u>Entretien semi-directif n°3</u> : Le 06/03/12, Mr F. Jean-Pierre, 43 ans, CDS hôpital Paul GUIRAUD (94), unité de 22 lits dans un pôle de psychiatrie adulte (68 lits), 15 IDE en poste de jour avec une amplitude horaire de 8 heures. Diplômé CDS en 2011. Durée : 40 mn.</p>
<p><u>Entretien semi-directif n°4</u> : Le 28/03/12, Mme H. Marie-Odile, 60 ans, CDS hôpital Sainte-Anne (75), deux unités de 30 lits dans le pôle Parnasse de psychiatrie adulte, 17 IDE en poste de jour avec une amplitude horaire de 7 h38 mn. Diplômée CDS en 1996. Durée : 45 mn.</p>
<p><u>Entretien semi-directif n°5</u> : Le 10/04/12, Mme V. Sabrina, 38 ans, CDS hôpital Sainte-Anne (75), une unité protégée de 19 lits dans le pôle 15^{ème}- Addictologie- SHU de psychiatrie adulte, 14 IDE en poste de jour avec une amplitude horaire de 7 h38 mn. Diplômée CDS en 2009. Durée : 29 mn.</p>
<p><u>Entretien semi-directif n°6</u> : Le 13/04/12, Mme P. Virginie, 38 ans, CDS hôpital Sainte-Anne (75), une unité ouverte de 21 lits dans le pôle 15^{ème}- Addictologie- SHU de psychiatrie adulte, 9 ETP en poste de jour avec une amplitude horaire de 7 h38 mn. Diplômée CDS en 2010. Durée : 38mn.</p>

1/ Comment définiriez-vous la fidélisation des IDE à une unité de soins ?

- Ne pas partir au bout de deux mois, rester quelques temps.
 - Etre fidèle à la façon de travailler sur le terrain, aux médecins, aux collègues et aux patients.
 - Après, il y a sa vie et sa carrière, et elles priment sur la fidélité à une unité.
- En tant que cadre de santé, ça ne me semble pas palpable la fidélisation.
 - L'ambiance d'équipe peut-être, les gens viennent et restent. Mais c'est indéfinissable, pourquoi ils viennent, pourquoi ils restent ? A peu près indéfinissable.
 - Il me semble quand même que le système de formation continue est puissant, propre à cette institution, il favorise la fidélisation du personnel. La CSS est très attachée à ce système, favoriser l'objectif professionnel, c'est très valorisant.
- La fidélisation passe par la dimension médicale, c'est la manière dont on prend soin des patients, il est important de donner aux équipes la lisibilité du travail et de ce que l'on fait. Parfois on vit du grand n'importe quoi mais si on comprend ce grand n'importe quoi, alors on se distancie, d'où l'importance de la cohérence des décisions médicales. Le sens au soin, informer en permanence l'équipe pour fidéliser.
 - Les IDE sont fidèles à des conditions de travail, à une organisation des soins et à des roulements favorables, mais ce que je crois être bon ne l'est pas à fortiori et ce que je crois être intéressant pour fidéliser ne le sera pas. Les jeunes ont besoin de butiner un peu, il faut favoriser l'initiative et les idées proposées par l'IDE, néanmoins il faut être humble et accepter...
- J'ai la chance d'avoir une équipe fidèle.
 - On fidélise les IDE lorsqu'ils connaissent la façon de fonctionner du service et qu'ils l'acceptent. Nous avons la particularité d'être un service ouvert avec des patients entrants sous contrainte, d'où une responsabilité accrue pour les IDE.
 - Un patient qui s'en va n'a pas rencontré de soignants sur sa route, c'est notre première idéologie. Notre unité est contre la contention dans la politique thérapeutique, contenir avec de l'humain. Un patient sous contention n'est pas banalisé, on s'interroge sur ce qu'on a raté. Les IDE sont au clair avec ces choix, c'est une façon de fidéliser les gens.
 - Les IDE ont droit à la parole, ça fidélise énormément.

- Pouvoir leur permettre de rester le temps de développer leurs compétences. Il faut pour cela considérer que plusieurs mois sont nécessaires.
- Ce n'est pas les garder à tout prix, si un agent désire partir, je respecte son choix.
- Il y a des limites à la fidélisation, pas à tout prix, il y a des habitudes pesantes pour l'équipe chez certains agents rester trop longtemps dans une unité. Ils sont difficilement mobilisables.
- Que l'équipe reste constante et qu'il n'y ait pas trop de turn-over.
- Lorsqu'ils partent, que ce ne soit pas que pour des raisons de services mais aussi pour des raisons plus personnelles.

2/ Quels peuvent être, selon vous, les facteurs influant sur leur fidélisation à l'unité ?

- L'ambiance d'équipe.
- Une répartition équitable des rôles de chacun, une définition exacte du rôle de chacun.
- Aimer ce que l'on fait pour s'inscrire dans une relation à long terme, cohérence dans ce que l'on fait.
- Le CS influence la fidélisation en ce sens qu'il borne les choses, il donne une ligne de conduite aux agents en fonction du projet médical.
- L'identité de l'équipe, l'IDE peut être fidèle à son équipe.
- L'attachement à une ambiance de travail est favorable à l'adhésion des agents à l'équipe. Mais ça reste quelque chose d'impalpable.
- Les heures supplémentaires un peu.
- La formation continue est un facteur important à Paul GUIRAUD.
- Reconnaître et connaître ses agents, de fait on fidélise ses agents. C'est le jeu de l'individuel et du collectif.
- Le lieu géographique.
- L'indication des IDE à l'unité.
- Les conditions de travail, le bon déroulement et le bon roulement !
- Les réunions d'équipe, être présent.
- L'effectif soignant.
- Certains IDE sous contrat ont été adressés sans choix mais j'essaye de développer une culture de service, le savoir faire du service. S'imprégner d'une culture au travers de l'organisation par exemple.
- Etre sécurisé et se sentir entendu.

- Donner la parole aux IDE, être proche de l'équipe et des agents, beaucoup d'écoute. Parler et respecter le personnel notamment les médecins et le chef de service.
- Intégration des IDE par un compagnon, pour tout arrivant d'une durée de trois mois à un an et obligatoire.
- Cours sur les pathologies psychiatriques enseignés par les psychiatres et les IDE chevronnés de l'unité. Pour les soignants, sur leur temps de travail, spécifique à notre unité. Actuellement 10 IDE et 2 AS sont inscrits. A l'initiative de la CSS, c'est en cohérence avec la politique du service. Un vrai travail a été réalisé aussi avec l'encadrement des étudiants.
- On a fait le point sur pourquoi les gens partaient de l'unité, 95% partaient en province.
- On étudie leurs projets professionnels et personnels et on tente de les respecter.
- Les IDE de l'intra-hospitalier interviennent au CMP sur la base du volontariat, une fois par semaine, c'est important pour eux.
- Pourtant il y a de réelles contraintes dans l'unité, l'équipe de jour fait aussi des nuits pour la continuité des soins, c'est dans le profil de poste.

- Le lien avec la hiérarchie et le lien avec l'équipe médical.
- L'ambiance générale mais ça peut être à double tranchant. Une trop bonne ambiance crée des relations parfois de dépendance entre certains agents et des conflits à terme.
- Un travail dynamique et intéressant, des pathologies variées, ce sont des agréments pour fidéliser.
- Nécessité pour le CDS de respecter leur besoin d'autonomie dans le travail.
- Etre attentif à leur vie personnelle en aménageant le planning par exemple. Etre à l'écoute.
- Répondre aux besoins de formation des IDE.

- Une équipe solide.
- L'intéressement au travail. Qu'ils ne soient pas que dans la gestion des lits.
- L'équilibre vie privée/vie professionnelle.
- Qu'ils se sentent inclus dans des projets médicaux.

3/ La fidélisation des IDE est-elle un objectif pour la DSI ou DRH, le pôle et votre unité ? Si oui, quels moyens déployés, quelle politique de fidélisation mise en place ?

- La DSSI, les pôles et l'unité n'ont pas les mêmes buts en termes de fidélisation des IDE.

- Pour la DRH et la DSSI, l'objectif est pratico-pratique, il s'agit en effet de fidéliser pour ne pas fermer de lits. Les leviers s'orientent sur la facilitation du quotidien. Ils sont formalisés par une aide au logement, des contrats pour les promotions professionnelles, l'allocation d'études pour les ESI, la crèche...
- Pour le pôle, la fidélisation est essentielle pour s'inscrire dans un projet, on offre à un IDE une qualité de travail par l'intérêt à s'investir dans un projet. C'est nourrir l'ambition et nourrir intellectuellement, l'inscrire dans quelque chose de solide et qui dure. Le consensus d'équipe doit s'inscrire dans le projet médical, c'est une équipe qui crée un projet et pas un projet qui se greffe sur l'équipe.
- Pour l'unité, l'objectif est en lien avec celui du pôle, à savoir que l'équipe doit vivre et ressentir le projet pour le porter à son terme et assurer sa pérennité. L'implication de l'IDE s'organise au travers des espaces de réflexions, il doit s'approprier le projet centré autour du patient, l'histoire et l'avenir de l'unité. La fidélisation est fondamentale pour la prise en charge du patient qui est très sensible aux IDE qui gravitent autour de lui. La fidélisation des soignants est thérapeutique pour lui.

- Non, pas d'objectifs de fidélisation pour les CDS, il ne me semble pas que m'ait été fixé des objectifs particuliers.
- Pas de leviers sinon des arrangements horaires.

- C'est un objectif pour tout le monde, en termes de communication au niveau de l'hôpital.
- Le service doit délocaliser sur Clamart dans une nouvelle structure, 40 appartements ont été réservés pour le personnel, un partenariat avec la crèche d'Antoine BECLERE, un système de covoiturages est mis en place, une prime de transport et une prime de déménagement pour les agents intéressés par ce projet. Il y a une réelle volonté institutionnelle d'accompagnement.
- Au niveau du pôle, une mobilité interne permet une meilleure fidélisation par la souplesse des mutations. Le pôle peut être sécurisant.

- Le projet d'enseignement de cours à l'initiative de la CSS a été validé par la Direction des Soins.
- Sinon pas de politique particulière au niveau de la direction. Pas de logement réservé pour le personnel.
- Equipe relativement jeune et très peu de « turn over », on ne peut pas leur vendre du vent aux IDE, il faut jouer carte sur table et annoncer la politique de service.
- Problème de recrutement de soignants pour la nuit, pas de candidats et au niveau de

tout l'hôpital.

- Les heures supplémentaires sont proposées pour les urgences, je n'y suis pas favorable, c'est un moyen politique de tenir les IDE, comme ça ils ne demandent pas d'augmentation de salaire, c'est absurde.

- Pour la DSSI oui j'imagine (je souligne à Mme V. que la fidélisation des soignants et l'attractivité de l'établissement est effectivement un des objectifs du Projet d'Etablissement 2011-2015 de Sainte-Anne).

- Pour le pôle oui, la politique est de favoriser l'accueil pour toute nouvelle recrue au travers d'une intégration de 15 jours auprès d'un soignant expérimenté et une journée découverte sur toutes les unités du pôle. C'est aussi de permettre la mobilité des agents dans les différentes unités du pôle, c'est une vraie opportunité, beaucoup d'agents ont remobilisé des compétences dans d'autres unités, sans pour autant quitter le pôle.

- Les contrats d'allocation permettent de fidéliser du personnel sur Sainte-Anne, ce sont des soignants qui n'auraient pas spontanément postulé pour le secteur de la psychiatrie et finalement ils y restent.

- La DSSI, on imagine que oui.

- Le pôle, oui. Au travers de l'organisation de réunions mensuelles entre équipe d'encadrement afin de discuter des opportunités de mouvements des IDE dans le pôle. L'objectif, c'est de fidéliser.

- L'unité oui et pour l'encadrement de proximité aussi. Je respecte leurs projets professionnels et leurs désirs de spécialisation (IDE cliniciens, les formations continues par exemple). Et un planning à la carte.

- C'est une grande chance car c'est un grand pôle, il a la capacité de mobiliser les IDE au sein du pôle, c'est le jeu des chaises musicales. Ils sont inclus dans les projets du pôle, ils participent à de nombreux congrès et conférences.

4/ Selon vous, l'encadrement a-t-il un rôle prépondérant dans la fidélisation des IDE ?

- Prépondérant non, d'accompagnement oui. Les IDE se fidélisent tout seul.
- On leur offre quelque chose, ils en font ce qu'ils veulent.
- Néanmoins certaines qualités du cadre favorisent la rétention des soignants, souplesse, compréhension, être juste, savoir dire oui et savoir surtout dire non.
- Se positionner comme supérieur hiérarchique mais dans un même temps avoir une

certaine proximité : « je suis là pour vous faciliter le quotidien ».

- Etre authentique, être soi.
 - Ni trop loin, ni trop près, ni trop dur, ni trop souple.
 - Maîtriser ses à priori, on fait aussi avec ce qu'on est... C'est difficile de tout concilier.
- Non, dépend de l'ambiance créée par l'équipe et non par le cadre. Le CDS est en dehors de ça. Il perpétue ou tempère l'ambiance mais il est en dehors de l'ambiance du service.
 - Chaque agent est unique et motivé par des intérêts qui lui sont propres. La fidélisation tient à la politique générale de l'établissement.
- L'équipe doit sentir que le CDS est présent, il est une référence, celui qui dénoue des situations complexes, problématiques, il est l'interface avec le médecin. Etre stable, ne pas faire ressentir ses émotions, être juste. Il faut repérer si l'IDE est compétent dans l'unité d'entrants, il faut le réorienter alors sur une autre unité et de fait, on fidélise ceux qui restent.
 - Si l'individu sent l'empathie, ça paye et ça crée un effet de groupe. Je travaille sur l'individuel, je prends soin d'eux, je travaille avec eux. Je contractualise la relation, je fais ça mais j'attends ça. Je travaille aussi sur le groupe, pour la cohérence entre l'individuel et le groupe, c'est une relation de confiance. Dans tout ce que l'on fait, il y a la mémoire qui reste.
- Je pense que oui. Il faut être juste avec tous les agents. Dire ce qu'on a à dire et ne pas se prendre aux sérieux.
 - Manager une équipe, ce n'est pas de l'autoritarisme, je leur laisse une certaine autonomie mais ils ont besoin d'un encadrement, d'être rassuré. Il y a des choses sur lesquelles je ne transige pas.
 - La façon de manager est importante. Bien connaître son équipe permet d'aller au devant d'eux. On doit être vigilant du bien-être de l'équipe et de l'état psychologique des IDE.
 - Les jeunes professionnels sont plus complexes, ils ont des exigences en termes de qualité de vie, la valeur travail est mise à distance pour une grande majorité d'entre eux. Le marché du travail est très ouvert et favorable pour eux.
 - Je fonctionne beaucoup à l'humour. Je sais que tout n'est pas parfait, et on est humain. Les IDE craignent mon départ à la retraite...

- Oui, c'est évident !
- Je m'attarde sur des petits détails, j'apporte du chocolat, des viennoiseries de temps en temps, ça permet de soutenir le quotidien.
- Je reçois en individuel pour désamorcer parfois les situations conflictuelles ou tendues, ou juste pour discuter, échanger. Et j'organise aussi des réunions informelles afin de ressouder le groupe ou d'évacuer des frustrations.
- Le binôme médecin/cadre est très important et j'y crois beaucoup, pour parler du bien-être ou non de l'équipe.
- Je permets et j'encourage mes agents de participer à des réunions institutionnelles sur certains thèmes (la contention, la chambre d'isolement, la violence, les addictions...) et je leur accorde des formations cliniques pour consolider leurs savoirs.
- Une des actions du CDS est d'impliquer le chef de clinique et tous ses collaborateurs (internes, externes, psychologues) aux réunions cliniques et aux transmissions pour valoriser, entre autres, le travail de l'équipe.

- Je pense que oui. Les CDS ont un contact direct avec les IDE, ils ont besoin d'un médiateur, d'un informateur à leur écoute.
- Le cadre désamorce les situations conflictuelles, ils ont besoin d'avoir confiance en leur CDS. Je ne leur demanderai pas ce que je ne ferai pas moi-même.
- C'est un rapport de confiance en permanence qui permet que l'équipe fonctionne plutôt bien. Ils sont sereins lorsqu'on communique énormément, ça permet aussi de mettre les commérages à distance.
- Je suis assez franche et c'est rassurant pour l'équipe.
- Je fais le lien entre équipe soignante et équipe médicale, ils ont les mêmes buts mais pas le même mode d'expression.

5/ Dans votre établissement pourriez-vous identifier les principales causes de départ ?

- Le désinvestissement au travail, cause majeure.
- La promotion professionnelle, cependant c'est un faux départ.
- Départ à la retraite.
- Peu de départ de l'hôpital.
- Les départs en province caractéristiques de la région Parisienne, à tout âge. Recherche d'une meilleure qualité et d'un confort de vie.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Non, c'est trop variable.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les gens viennent faire leurs études à Paris puis retournent en province. ➤ Il y a des départs précipités de l'hôpital puis des retours précipités quelques mois plus tard (il rigole), c'est fréquent. ➤ Peu de départ en libéral, l'argent n'est pas moteur.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pour le secteur 3, les causes sont en lien direct avec les problèmes de logement, ils sont trop chers et trop petits. ➤ Les départs en province.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je suis dans l'unité depuis six mois seulement et je n'ai pas encore connu de départ, mais une IDE part en septembre pour une évolution de carrière et j'ai accordé un mi-temps à un agent pour arrangement personnel.
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il y a eu beaucoup de départs de l'unité depuis deux ans. Sur 11 IDE, seulement 3 sont restés, ils étaient dans le service depuis 7, 8 ans. ➤ Pour certains, il s'agissait de raisons personnelles, d'autres étaient épuisés. Etant donné que l'équipe était soudée, il y a eu une contagion, un phénomène de groupe. ➤ Cela corroborait avec le changement du chef de clinique et une absence de cadre en poste depuis longtemps aussi. ➤ Les IDE ont besoin de stabilité, à la fois dans l'équipe et au niveau hiérarchique. Ils ont besoin de sentir que quelqu'un gère et donc, ils ont plus de temps à consacrer aux soins et aux patients.
<p>6/ La fidélisation du personnel IDE est-elle une de vos priorités de management ?</p>
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Je ne me suis jamais posée la question. ➤ J'insuffle une dynamique de promotion du personnel à la formation professionnelle, c'est une façon de fidéliser à l'institution. Une des seules choses qui nous reste dans la FPH, c'est l'évolution de carrière. ➤ Le processus de reprise d'études est très motivant pour les agents, c'est important de se confronter à quelque chose de nouveau, intellectuellement c'est stimulant. Ça ne m'intéresse pas que les agents restent 20 ans dans l'unité. Il faut que les gens se forment dans un monde qui évolue tous les jours, en psychiatrie particulièrement, un monde qui change très vite et qui va encore changer. C'est essentiel le changement, sinon on reste comme au siècle dernier avec l'asile, ça n'a pas de sens. ➤ La formation, c'est réfléchir, penser, évoluer, voir l'évolution. Mobiliser pour

mieux fidéliser.

➤ Non, c'est ambigu ce que je vais dire mais mon objectif est la stabilité de l'équipe et le présentisme. Mais pas la fidélisation, je n'ai pas les moyens.

➤ Non ce n'est pas une priorité, ma priorité c'est un boulot bien fait.

➤ La fidélisation arrive en second plan, je mise sur le quotidien, si le travail est cohérent, ça coule de source.

➤ Lorsque qu'un IDE désire changer d'unité ça m'embête. Si plusieurs quittent l'unité, il y a un risque « hémorragique », si il y avait beaucoup de départs, ça remettrait en cause mon management.

➤ Oui, pour le secteur et notamment pour la CSS, c'est une réelle volonté de fidéliser son personnel au travers notamment de l'amélioration et la consolidation des savoirs et par la mobilité possible des IDE au sein du service comme avec le foyer de postcure, le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), le Centre Médico-Psychologique (CMP), l'hôpital de jour, le Centre d'Accueil et de Crise (CAC) et une équipe au Service d'Accueil d'Urgence.

➤ On ne recrute pas coûte que coûte car on est pas étranglé.

➤ Oui, c'est une priorité.

➤ C'est pour le bien-être de l'équipe d'une part car le départ d'un agent est toujours déstabilisant, et pour le bien-être de chacun tout simplement.

➤ Oui pour une raison toute simple, une équipe peut faire du bon boulot à la condition qu'elle aille bien.

➤ J'encourage l'esprit d'équipe pour qu'ils se soutiennent chacun à leur tour. Entente, confiance, passer la main, soulager, soutenir, c'est ma politique pour fidéliser.

➤ La fidélisation est essentielle pour mettre des projets en place, si l'équipe ne se connaît pas et que je ne connais pas l'équipe, c'est difficile dans un tel contexte de pouvoir confier des missions.

➤ De plus, si il y a beaucoup de turn-over, il faut les former pendant des mois (formations cliniques, donner des repères), construire leurs compétences, il faut du temps pour ça. Il faut du temps pour l'expertise.

➤ J'ai une équipe très jeune, j'ai donc travaillé au niveau des transmissions, beaucoup de discussions autour des pathologies, car les patients connaissent bien leur maladie et leur traitement. De plus il faut qu'elle fasse le deuil de la guérison, pour la culture soignante, c'est un échec thérapeutique et à long terme ça use les équipes

(les patients restent longtemps, la spécificité de l'unité est d'accueillir des patients résistants au traitement et les équipes sont en souffrance car elles connaissent bien les patients).

- Les soignants sont plus dans l'affect ici que dans les autres unités. La réussite, c'est narcissisant pour une équipe.

7/ Pouvez vous définir votre style de management, vos qualités et vos valeurs en tant que CDS ?

- Participatif, je pense. A l'écoute. Un peu paternaliste.
- Je suis « narcissisante » pour l'équipe, peut-être un peu trop présente et laxiste.
- C'est difficile comme question.
- Je communique beaucoup, parfois ça me dessert parce que je suis moins objective et pour prendre des décisions abruptes j'ai beaucoup de mal, je connais trop leurs difficultés.
- On manage avec ce que l'on est, ses défauts et ses qualités.

- (Il siffle...), c'est une question ambitieuse.
- Je suis directif, autoritaire et participatif. J'aime que les choses soient claires, je suis un peu gêné de le dire... Il y a des choses sur lesquelles je n'ai pas envie de transiger, ni discuter d'emblée. Ce sera comme ça parce que j'estime que sur la sécurité des patients, sur le présentisme, je ne vais pas faire tout un débat.
- Je suis intransigeant et autoritaire et je suis vécu comme tel par l'équipe et je l'assume. J'aime et j'apprécie d'être autoritaire, je me sens mieux et moins angoissé, ça fait baisser mon seuil d'angoisse, les choses doivent être faites et c'est ainsi.
- Mais je suis plus souple et participatif sur d'autres sujets. Ma petite touche personnelle c'est l'humour, c'est travaillé, c'est un élément personnel aussi. Mais c'est un humour qui dit quelque chose, je tacle les agents et parfois les agents me taclent à leur tour. Je ne pourrai pas toujours être directif et pas toujours participatif.
- Mes valeurs sont l'équité et la justice dans l'équipe, je sais que je n'y arrive pas toujours, je suis faillible sur cette question là comme tout le monde. Certains agents savent nous amadouer et c'est de bonne guerre, c'est le « jeu du management ».
- En général, j'essaie de dépasser les clivages et être équitable, c'est la base de la participation et de l'autorité. Cette valeur là légitime mon autorité.

- Un management d'équité et juste. Je prends soin d'eux. L'empathie est importante mais l'équipe est demandeuse d'un cadre. Il faut se forcer à être un peu rigide pour animer l'équipe et les amener à travailler.
- J'essaie de développer une culture de service et une organisation de travail. De développer des compétences.
- La constance du cadre, c'est important.
- Je travaille en individuel et en groupe, c'est une relation de confiance.
- Je n'ai jamais voulu être cadre ni même IDE, j'ai saisi les opportunités.

- Je suis très à l'écoute et disponible, on ne peut pas en faire l'économie. Il faut savoir valoriser les agents en équipe et en individuel.
- Je leur donne la possibilité de mettre des choses en place, d'organiser des activités.
- Le respect du patient est essentiel pour moi, on doit pouvoir partager des moments avec l'équipe et les patients.
- Le cadre doit être capable de cibler les domaines de compétences des IDE, bien les connaître et leurs donner des missions en conséquence, cela les valorise.
- Je refuse que le médecin chef égratigne mon équipe sur des choses qui n'ont pas lieu d'être.

- Waouh !!! Participatif, je communique facilement et je me positionne aisément.
- Je pose des limites en douceur.
- Etre reconnue dans ma fonction est un élément important, il me semble que je suis reconnue en tant qu'ancienne professionnelle et reconnue pour mes compétences.
- Mes valeurs sont l'équité, être juste et la transparence, oui la transparence c'est très important.

- Participatif, guidage et maternage au début pour les IDE jeunes et inexpérimentés.
- J'ai une équipe jeune, j'étais donc très présente au départ. Je montre l'exemple et aujourd'hui je les implique plus et je les rend plus autonome. C'est une équipe construite, je commence à déléguer et j'ai nommé des référents.
- Mes valeurs, la franchise, ça surprend au départ mais maintenant il me connaît, j'ai peu de rancune.
- Je suis honnête, à l'écoute énormément, l'équité, être juste en permanence.
- Je respecte l'équilibre vie professionnelle/vie privée, il est impossible de laisser ses soucis aux vestiaires.
- Je les accepte tels qu'ils sont, avec leurs défauts et leurs qualités.

- Lorsque j'ai quelque chose à dire, je m'organise pour que ça se passe dans le bureau et jamais ça ne sort du bureau.
- C'est confortable, beaucoup se confie à moi, c'est important pour la fidélité. J'ai beaucoup d'informations et c'est très pratique quand il y a beaucoup de tensions dans l'équipe.
- Je gère toute seule mon unité, je ne fais jamais appel au CSS.
- Il y a des choses inadmissibles sur lesquelles je ne peux pas passer.
- La relation que j'ai avec eux me permet de prévenir beaucoup de situations complexes et j'utilise les transmissions comme exutoire. Il y a quatre temps de transmissions dans la journée, à 6h45, 9h (pour le staff), 13h30 et 21h00, j'essaie néanmoins de les limiter à 30 mn.

Annexe 7

Données des 38 questionnaires à l'attention des infirmiers :

Toutes les valeurs exprimées en % sont indiquées au centième près et ne sont pas arrondies. Les pourcentages sont calculés sur la base des 38 réponses pour l'ensemble des questions, sauf exception la base du calcul est alors indiquée.

2/ Quel âge avez- vous ?

- Entre 20 et 30 ans : 13 IDE sur 38 soit 34,21 %.
- Entre 31 et 40 ans : 11 IDE sur 38 soit 28, 94 %.
- Entre 41 et 50 ans : 8 IDE soit 21,05 %.
- Plus de 51 ans : 6 IDE soit 15,78 %.

3/ Vous êtes :

- 11 IDE sur 38 soit 28,94 % sont des hommes.
- 27 IDE sur 38 soit 71,05 % sont des femmes.

4/ Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e) ?

- 20 d'entre eux sont diplômés entre 2007-2011, soit 52,63% ;
- 7 d'entre eux sont diplômés entre 2001-2006, soit 18,42% ;
- 3 d'entre eux sont diplômés entre 1995-2000, soit 7,89% ;
- 3 d'entre eux sont diplômés entre 1989-1994, soit 7, 89% ;
- 1 est diplômé entre 1983-1988, soit 2,63% ;
- 2 d'entre eux sont diplômés entre 1977-1982, soit 5,26% ;
- 1 est diplômé entre 1971-1976, soit 2,63% ;
- Non renseigné (NR) : 1, soit 2,63%.

5/ Depuis combien de temps travaillez-vous dans cette unité de soins ?

- Moins de 6 mois : 13 soit 34,21% ;
- Entre 1 et 3 ans : 16 soit 42,10% ;
- Entre 4 et 10 ans : 5 soit 13,15% ;
- Plus de 10 ans : 4 soit 10,52%.

6/ Combien de temps en moyenne restez-vous dans une unité de soins ?

- Entre 0 et 5 ans : 20 soit 52,63% ;
- Entre 5 et 10 ans : 7 soit 18,42% ;
- Plus de 10 ans : 3 soit 7,89% ;
- NR : 8 soit 21,05% (première prise de poste).

7/ Envisagez-vous actuellement un changement de poste ?

- Oui : 17 soit 44,73% ;
- Non : 21 soit 55,26%.

Oui, pourquoi ? : Pourcentage calculé sur la base des 17 réponses.

- Qualité de vie, coût du logement, vie à la campagne : 2 soit 11,76% ;
- Reprise d'étude (médecine) : 1 soit 5,88% ;
- Envie d'évoluer, réalisation professionnelle : 2 soit 11,76% ;
- Allier vie personnelle/vie professionnelle : 3 soit 17,64% ;
- Déménagement et investissement dans un projet nouveau : 1 soit 5,88% ;
- Goût de l'aventure, besoin de changement : 5 soit 29,41% ;
- Réorganisation du service sur un autre site, Clamart : 3 soit 17,64% ;

Non, pourquoi ? : Pourcentage calculé sur la base des 21 réponses.

- La retraite approche : 1 soit 4,76% ;
- Travail intéressant, richesse clinique, bon esprit d'équipe, accès à la formation continue : 3 soit 14,28% ;
- Valorisation du rôle propre IDE. Je me sens tout à fait en accord avec la politique de soins pratiquée dans l'unité : 1 soit 4,76% ;
- Première prise de poste : 1 soit 4,76% ;
- Qualité de l'axe relationnel et considération humaine : 1 soit 4,76% ;
- NR : 14 soit 66,66%.

8/ La discipline psychiatrique est-elle un choix réfléchi de votre part ?

- Oui : 37 soit 97,36% ;
- Non : 0 ;
- Pourquoi pas : 1 soit 2,63%.

9/ Que représente pour vous la fidélisation d'un soignant à une unité ?

- Peur du changement : 1 soit 2,63% ;
- Une valeur importante, la conscience professionnelle : 2 soit 5,26% ;
- Témoigne d'une bonne ambiance, d'une qualité des prises en charge et d'une valorisation du travail : 7 soit 18,42% ;
- Gage de qualité des soins et de transmission du savoir : 2 soit 5,26% ;
- Investissement dans le projet du service, connaissances des soins en psychiatrie et implication dans le fonctionnement du service : 6 soit 15,78% ;
- Essentiel pour les patients en psychiatrie dans la construction de prises en charge efficaces, relation de confiance soignant/soigné : 5 soit 13,15% ;
- Indispensable pour la continuité des soins et la stabilisation de l'équipe : 1 soit 2,63% ;
- Equipe stable, formée et efficiente : 1 soit 2,63% ;
- Faire toute sa carrière dans une seule unité, la sédentarité : 3 soit 7,98% ;
- Un versant commercial « fidéliser une clientèle » et affectif « fidélité » : 1 soit 2,63% ;
- Être en accord avec la politique du service pour travailler en toute cohérence : 2 soit 5,26% ;
- Epanouissement professionnel et intellectuel qui donne envie de rester dans l'unité : 3 soit 7,98% ;
- Reconnaissance de son travail, proposition d'évolution : 1 soit 2,63% ;
- Un repère pour l'équipe soignante et les patients : 1 soit 2,63% ;
- A double tranchant : l'expérience et « l'encroûtement » du soignant : 1 soit 2,63% ;
- NR : 1 soit 2,63%.

10/ Pour quelles raisons êtes-vous fidèle à votre unité de soins ? (Plusieurs réponses possibles).

- Ambiance de travail agréable. Qualité relationnelle avec vos collègues : 34 soit 89,47% ;
- Qualité des relations avec votre encadrement : 25 soit 65,38% ;
- Qualité des relations avec l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire : 27 soit 71,05% ;
- Travail intéressant et valorisant : 28 soit 73,68% ;

- Proximité de votre domicile : 20 soit 52,63% ;
- Qualité des soins et des relations avec les patients : 28 soit 73,68% ;
- Conditions de travail satisfaisantes (Horaires, planning, congés annuels, crèche) : 26 soit 68,42% ;
- Peur du changement : 3 soit 7,89%.

Autres raisons :

- La formation : 1 soit 2,63% ;
- La force de l'habitude : 1 soit 2,63%.

11/ Quelles sont, selon vous, les raisons principales des départs IDE de l'unité ?
(Plusieurs réponses possibles).

- Difficulté à concilier vie familiale/vie professionnelle : 12 soit 31,57% ;
- Recherche d'approfondissement des compétences, besoin de changement : 28 soit 73,68% ;
- Horaires de travail : 5 soit 13,15% ;
- Manque de temps, charge de travail, le manque d'effectif : 18 soit 47,36% ;
- La lassitude, l'ennui : 14 soit 36,84% ;
- L'épuisement professionnel, le burn out, le mal-être au travail : 23 soit 60,52% ;
- Le sentiment de ne pas offrir des soins de qualité aux patients : 12 soit 31,57% ;
- Le manque de reconnaissance de la hiérarchie et de soutien de la direction : 15 soit 39,47% ;
- Relation cadre de santé/infirmier : 9 soit 23,68% ;
- Relation médecin/infirmier : 5 soit 13,15% ;
- Le niveau de rémunération : 5 soit 13,15% ;
- En lien avec des patients relevant de problématiques complexes : 0
- Recherche de promotion sociale ou d'évolution de carrière : 18 soit 47,36% ;
- Rapprochement familial, suivi du conjoint, problème de garde des enfants : 14 soit 36,84%.

12/ D'après vous, quels seraient les principaux facteurs de motivation d'un(e) infirmier(e) pour rester dans une unité de soins ? (Vous pouvez cocher plusieurs réponses, dans ce cas merci de les numéroter par ordre de priorité).

- Un enrichissement des connaissances, une organisation apprenante, des formations possibles : 30 soit 78,94% ;
- Conditions matérielles satisfaisantes : 13 soit 34,21% ;
- La nature de l'activité choisie : 13 soit 34,21% ;
- La proximité géographique : 16 soit 42,10% ;
- La reconnaissance de la hiérarchie : 16 soit 42,10% ;
- L'ambiance de travail : 32 soit 84,21% ;
- La possibilité de participer aux décisions concernant l'unité, la prise en compte des suggestions dans l'organisation : 18 soit 47,36% ;
- Un encadrement présent et juste : 22 soit 57,89% ;
- Le niveau de rémunération : 5 soit 13,15% ;
- Un projet professionnel : 14 soit 36,84% ;
- Autres raisons : NR.

13/ Pensez-vous que le cadre de santé joue un rôle prépondérant dans le sentiment de bien-être des infirmier(e)s dans leur unité ?

- Oui : 38 soit 100% ;
- Non : 0.

14/ Diriez-vous que le cadre de santé a une influence sur la fidélisation des infirmiers de son unité ? (Justifier si vous le souhaitez)

- Oui : 37 soit 97,36% ;
- Non : 1 soit 2,63%.

15/ Comment définiriez-vous votre encadrement en quelques mots ?

1. Professionnel et efficace ;
2. Agréable/Juste/Soutenant ;
3. Simple et de qualité ;
4. De qualité ;
5. Professionnel/Juste/Bienveillant ;
6. Efficace et juste ;
7. Rapports sains ;
8. Présence/Echange/Ecoute/Organisation ;
9. Juste/Cohérent/Stimulant/Efficace ;

10. Humain/Calme/Cohérent/Fermeté/Douceur/Juste ;
11. Rôle primordial dans le recrutement ;
12. Juste/Dynamique/Cadrant ;
13. Ecoute/Disponibilité/Soutenant/Qualité ;
14. Clair/Juste/Fédérateur/Bienveillant ;
15. Disponibilité/Soutien/Cohérent ;
16. Encourageant/Ecoute ;
17. Manque de reconnaissance ;
18. Manque de communication ;
19. Stressé et stressant ;
20. Peu soutenant et peu reconnaissant ;
21. Objectif ;
22. Insuffisant/Manque de transparence/Peu soutenant ;
23. Bon encadrement ;
24. Présent/Juste/Respectueux/Motivant ;
25. Bienveillant/Fidèle à son équipe/Confiance ;
26. Ecoute ;
27. Echange/Rassurant ;
28. Organisé/Conciliant/Responsable/Juste ;
29. Echange/Motivant ;
30. Ecoute/Compréhension/Juste ;
31. Soutenant ;
32. Pas mal ;
33. Juste ;
34. Soutenant/Aidant/Ecoute ;
35. Juste ;
36. Fait respecter les règles et les applique à lui-même ;
37. Permet le bon fonctionnement de l'unité et permet aux soignants d'y participer ;
38. NR.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@11-12**

TITRE DU MEMOIRE

La légitimité du cadre de santé, facteur de fidélisation ?

AUTEUR

ROUZAUD ANNE

MOTS-CLES

Politiques de fidélité, légitimité, psychiatrie.

KEYWORDS

Policies of loyalty, legitimacy, psychiatric sector.

RESUME

Depuis 1991, la réforme des études d'infirmières a considérablement porté préjudice au secteur de la psychiatrie avec notamment un programme commun entre les infirmiers du général et de secteur psychiatrique. D'autant que les ressources humaines sont vitales pour la survie de l'organisation à long terme. Mon hypothèse de départ repose sur l'idée que la légitimité du cadre de santé, c'est-à-dire sa reconnaissance par l'équipe, favorise de fait la fidélisation des infirmiers. L'étude des « hôpitaux aimants » aux Etats-Unis en 1983, a prouvé qu'il existait des conditions favorables de travail pour les soignants. A une grande époque de pénurie du personnel soignant, par des programmes ou stratégies de rétention (équilibre vie familiale et vie professionnelle, écoute, dialogue, autonomie dans le travail, présence du cadre, aménagement des horaires), certaines institutions ne souffraient pas du manque d'infirmiers. Finalement, je pense que la fidélité des infirmiers à l'hôpital psychiatrique est une condition fondamentale pour assurer la qualité des soins à une population déjà très fragilisée. Les cadres de santé sont les agents du changement et les leaders qui améliorent l'environnement de travail où les infirmières pratiquent, il est donc essentiel qu'ils aient les compétences requises.

ABSTRACT

Since 1991, the reform of studies of nurses has significantly harmed the psychiatric sector, in part due to the joint program between nurses of general and psychiatric areas. Especially as human resource are vital for survival of organisation in long run. My starting hypothesis is based on the idea that the legitimacy of health manager, in fact his recognition by the team, naturally favors retention of nurses. The study of the "magnet hospitals" in United States in 1983, have proved the existence of favorable conditions of work for care givers. In large period of shortage of care givers, by programs or retention strategies (balance family life and professional life, listening, dialogue, autonomy in work, presence of manager, flexible hours), some institutions did not suffer of lack of care givers. Finally, I think loyalty of nurses in psychiatric hospitals is a fundamental condition to ensure the quality of care, to a population already weakened. Health managers are the change agents and leaders in improving the work environment where nurses practice, so it is essential that they have the required skills.

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM.