

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

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

## **Le besoin de reconnaissance des infirmiers**

*Quelles compétences à développer pour le  
cadre de santé ?*

Justine PHILIPPE

**DCS@22-23**

### **Note aux lecteurs**

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

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – **Formation & Recherche en Soins.**

## REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier sincèrement ma directrice de mémoire, Mme Rachel Dji Bi Irie pour son accompagnement tout au long de cet écrit. Grâce à son expertise, son expérience et son soutien, elle a su m'amener à pousser ma réflexion et à me dépasser pour construire ce mémoire.

Je souhaite également remercier l'équipe de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris pour son soutien lors de cette année de remise en question, de réflexion et de prise de hauteur sur mes pratiques afin de m'aider à être une des cadres de demain.

Je remercie aussi les cadres de santé et les infirmier(e)s qui ont accepté de répondre à mes entretiens et questionnaires sans qui ce travail de recherche n'aurait pu aboutir.

J'adresse une pensée à mes collègues de promotion, Virginie, Laura, Olivia et Bénédicte pour leurs encouragements et leur bienveillance qui m'ont permis de tenir le cap durant cette année de formation.

Je suis reconnaissante de l'aide que j'ai pu recevoir de l'ensemble de ma famille et plus particulièrement de Pierre, Giulian et Gabriel. Ils ont été d'un soutien sans faille à chaque étape de l'écriture de ce mémoire, pour me permettre d'atteindre mon objectif.

*« Parce que reconnaître, c'est d'abord connaître »*

L. Becker. Pratiquer la reconnaissance au travail, 2018

# SOMMAIRE

<b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>5</b>
<b>1 LE CONTEXTE D'APPEL.....</b>	<b>7</b>
1.1 Les situations professionnelles .....	7
1.1.1 Première situation.....	7
1.1.2 Deuxième situation .....	8
1.2 Question de départ.....	9
1.3 Phase exploratoire .....	10
1.3.1 Méthodologie.....	10
1.3.2 Les résultats.....	10
1.3.3 Le bilan de l'enquête exploratoire.....	11
<b>2 LE CADRE DE REFERENCE.....</b>	<b>13</b>
2.1 La reconnaissance et son influence sur l'individu.....	13
2.1.1 Le concept de reconnaissance .....	13
2.1.2 Reconnaissance et identité professionnelle .....	16
2.1.3 Reconnaissance et estime de soi.....	19
2.2 La reconnaissance : une plus-value pour l'organisation.....	20
2.2.1 Une réponse pour l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé .....	20
2.2.2 Une réponse pour donner du sens au travail des collaborateurs.....	23
2.2.3 La reconnaissance pour motiver les professionnels de santé .....	26
2.3 Le besoin d'adapter notre management.....	29
2.3.1 Le cadre de santé.....	29
2.3.2 Le management.....	31
2.3.3 Le management participatif .....	33
<b>3 QUESTION DE RECHERCHE.....</b>	<b>36</b>
<b>4 METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....</b>	<b>37</b>
4.1 Le choix de l'outil .....	37
4.1.1 L'entretien semi-directif .....	37
4.1.2 Le questionnaire .....	37
4.2 Le choix du lieu de l'enquête et de la population ciblée .....	38

4.2.1	Les lieux de l'enquête.....	38
4.2.2	La population enquêtée .....	38
<b>5</b>	<b>L'ENQUETE DE TERRAIN.....</b>	<b>40</b>
5.1	La typologie de la population interrogée.....	40
5.1.1	Les entretiens .....	40
5.1.2	Les questionnaires .....	40
5.2	La méthode de l'analyse.....	41
<b>6</b>	<b>RESULTAT DE L'ENQUETE DE TERRAIN .....</b>	<b>42</b>
6.1	Le contexte de travail.....	42
6.1.1	Le constat des cadres de proximité.....	42
6.1.2	Unanimité autour de l'attractivité et la fidélisation.....	43
6.1.3	Un management qui s'adapte au contexte quand il est contraint.....	44
6.2	Sens au travail et motivation des professionnels un lien étroit ? .....	45
6.2.1	Le sens au travail .....	45
6.2.2	La motivation des soignants .....	47
6.3	La reconnaissance.....	48
6.3.1	Une reconnaissance mais par qui ?.....	49
6.3.2	Quelles formes prend la reconnaissance des collaborateurs ? .....	51
6.3.3	L'influence de la reconnaissance sur le travail.....	52
6.3.4	Les limites.....	53
6.4	Le management des cadres de santé .....	53
6.4.1	Un manager, plusieurs styles.....	53
6.4.2	La reconnaissance des agents : une question de posture du cadre de santé .....	55
6.4.3	Le cadre est-il un leader ?.....	55
6.4.4	Le management participatif .....	56
6.5	Les limites de l'enquête.....	57
6.5.1	Les limites de l'entretien.....	58
6.5.2	Les limites du questionnaire .....	58
<b>7</b>	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>59</b>
7.1	Le cadre de santé : un lien entre les patients et les soignants.....	59
7.1.1	Le patient : première source de reconnaissance des soignants .....	59
7.1.2	Créer les conditions permettant le sentiment d'un travail bien fait .....	59
7.1.3	Le management éthique comme réponse au besoin de reconnaissance .....	60
7.2	Le cadre de santé : bien plus qu'un leader.....	61

**CONCLUSION** .....64

**BIBLIOGRAPHIE** .....66

**TABLE DES ANNEXES**

Annexe 1 : Le questionnaire de la phase d'exploration

Annexe 2 : Grille d'entretien cadre de santé

Annexe 3 : Questionnaire infirmier(e)

Annexe 4 : La retranscription des entretiens

# LISTE DES ABREVIATIONS

---

## A

ANACT · *Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail*

AP-HP · *Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*

ARS · *Agence Régionale de la Santé*

---

## C

CDS · *Cadre de Santé*

CLAT · *Centre de Lutte AntiTuberculeux*

---

## D

DARES · *Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques*

DREES · *Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques*

---

## E

ESM · *Ecole Supérieure Montsouris*

---

## F

FFCDS · *Faisant Fonction Cadre de Santé*

FHF · *Fédération Hospitalière de France*

---

## G

GEASP · *Groupe d'Entrainement à l'Analyse des Situations Professionnelles*

---

## H

HDJ · *Hôpital De Jour*

---

## I

IDE · *Infirmier(e)s*

IFCS · *Institut de Formation des Cadres de Santé*

INSEE · *Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques*

---

## Q

QVCT · *Qualité de Vie et des Conditions de Travail*

## INTRODUCTION

Phénomène sociétal actuel ayant pris de l'ampleur après la crise sanitaire dans le secteur de la santé, le besoin de reconnaissance des soignants au travail est devenu un véritable enjeu d'attractivité et de fidélisation du personnel au service de la qualité et de la sécurité des soins. Les organisations sont « *confrontées à un environnement incertain et mouvant [...]. Le travail change également de nature ; il devient de plus en plus relationnel, cognitif et coopératif* » (Anact, 2017)<sup>1</sup>

En effet, à travers l'histoire, une nouvelle modélisation de l'entreprise autour de la gestion des relations humaines a progressivement émergé.

Déjà en 1849, Karl Marx ouvrait le débat sur « *des nouvelles formes de travail et de leurs répercussions sur l'état psychologique et émotionnel des collaborateurs et sur les limites des approches tayloristes ou fordistes dans les espaces productifs* ». (Bagaoui & Sadik, 2021). Ce nouveau fonctionnement dans la gestion des personnels en entreprise a permis « une humanisation des espaces productifs », avec cependant des conditions de travail qui « *restent très insatisfaisantes dans plusieurs secteurs d'activité* » (Bagaoui & Sadik, 2021).

Malgré ce changement de gestion de la relation d'emploi dans les entreprises, il persiste un sentiment d'incertitude sur le travail à l'heure actuelle, que la crise sanitaire n'a fait que mettre en lumière. Ce sentiment a des effets sur les collaborateurs, leur santé, sur le rapport à soi, à l'autre et au travail.

Cette incertitude ne fait que conforter la demande de reconnaissance verbalisée par les collaborateurs.

Nous notons que selon A. Maslow<sup>2</sup>, le besoin de reconnaissance constitue le 4ème palier de la pyramide des besoins fondamentaux de l'individu et ce avant le besoin d'accomplissement.

La reconnaissance peut prendre différentes formes, « *reconnaissance de la personne, des résultats, de l'effort et des compétences* » (J-P B. , 2008). Dans le milieu du travail, elle peut se traduire par une reconnaissance existentielle (des individus ou d'un collectif), des pratiques professionnelles (qualités du travail, compétences), de l'investissement et des résultats obtenus.

Le thème de la reconnaissance revient donc régulièrement dans plusieurs articles, ouvrages, enquêtes comme en 2011 dans le baromètre Edenred Ipsos. Sur 4000 salariés interrogés sur la question suivante : « *Pourquoi votre motivation au travail diminue-t-elle ? 26% des salariés évoquaient le manque de reconnaissance* » (IPSOS, 2011).

De plus, la crise sanitaire a eu une influence certaine sur le sentiment de manque de reconnaissance auprès des soignants « *après avoir vécu le plus dur de la crise sanitaire, et s'y être impliqués avec force et engagement, 89% des soignants estiment que leur investissement n'est pas reconnu à sa juste valeur par les autorités de santé* » (Infirmiers.com, 2020). La crise sanitaire semble avoir impacté l'activité professionnelle, engendré du stress dans la vie personnelle et fait de nouveau ressortir le manque de reconnaissance.

Dans « Ma santé 2022 », l'axe 7 des mesures phares du projet précise : « *Management et organisation des activités de soins : favoriser la reconnaissance collective par la création d'un dispositif d'intéressement lié à l'amélioration de la qualité de service ; prise en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux* » (Macron E, 2021). Cet axe montre la volonté de l'Etat de mettre en avant la reconnaissance dans le secteur du soin : c'est donc une préoccupation dans le système français.

---

<sup>1</sup> ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

<sup>2</sup> A. Maslow : Psychologue américain

Dans mon expérience de soignante, j'ai été confrontée à cette problématique. En tant qu'infirmière, j'ai parfois ressenti ce manque de reconnaissance et en tant que faisant fonction cadre de santé (FFCDS), j'ai pu recueillir des propos ou des demandes de davantage de reconnaissance de la part de mes agents

En effet, étant FFCDS depuis deux ans dans une unité de santé publique et un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie, rattachés à un hôpital public, je me suis demandée à de nombreuses reprises comment je pouvais répondre à ce besoin des agents et quelles en étaient les limites ?

C'est pourquoi, dans le cadre de mon mémoire à l'institut de formation de cadre de santé Institut de formation des Cadres de Santé (IFCS) de l'Ecole Supérieure Montsouris (ESM) de l'université de Créteil, j'ai choisi comme objet de recherche d'étudier le phénomène de reconnaissance au travail des soignants sous l'aspect managérial. Cette recherche me permettra une prise de recul par rapport à mon vécu de FFCDS grâce à la posture épistémologique de chercheur. Je pourrai conjointement développer mes connaissances, apporter des réflexions sur ma pratique et me questionner sur mon positionnement de cadre.

Je vais commencer par me présenter pour que vous puissiez situer l'environnement professionnel qui a entraîné ce questionnement sur ma pratique.

Je suis entrée au sein d'un hôpital public en 2012 après l'obtention du diplôme d'État d'infirmière à l'institut de formation en soins infirmiers de Fontainebleau. J'ai travaillé durant sept ans en service de médecine, dont une année passée en médecine polyvalente avant d'évoluer durant six ans dans le service de médecine infectieuse.

En 2019, j'ai postulé et obtenu mon affectation sur un poste d'infirmière coordinatrice dans une unité de santé publique et un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie. Ces unités sont dans des secteurs médico-sociaux rattachés au centre hospitalier et excentré du site principal de l'hôpital. J'ai occupé cette fonction durant deux ans avant de passer FFCDS pendant un an et demi soit jusqu'à mon entrée à l'IFCS en septembre 2022. Ce cheminement personnel et cette évolution ont été accompagnés par ma cadre supérieure.

Avec mon mémoire de recherche, je vais donc passer par plusieurs étapes pour mener à bien ma réflexion.

Dans un premier temps, je vais vous exposer les situations qui ont amorcées ma réflexion et m'ont fait cheminer vers une question de départ. Puis je préciserai mon questionnement grâce à une phase d'exploration dans laquelle j'ai interrogé des cadres et des infirmières.

Dans un second temps, je proposerai un cadre théorique aboutissant à une problématique exposant ma question de recherche et mes hypothèses.

Dans une troisième partie, je mènerai une enquête de terrain pour confirmer ou infirmer les hypothèses posées.

Pour finir je présenterai et analyserai les résultats de cette enquête afin d'en tirer des pistes de réflexion en lien avec mon objet de recherche.

# 1 LE CONTEXTE D'APPEL

## 1.1 Les situations professionnelles

Dans le cadre de notre<sup>3</sup> pratique professionnelle, nous avons été confrontés à la verbalisation des soignants quant au manque de reconnaissance ressenti. Ce manque était formulé à l'encontre des médecins, de la hiérarchie n+2 (soit la cadre supérieure de pôle), de la cadre de santé, de la direction des soins mais aussi envers les autres services. Deux situations nous ont plus particulièrement questionnés. Nous allons les expliciter ci-dessous.

### 1.1.1 Première situation

Nous allons évoquer une première situation qui nous a amené à nous questionner sur le besoin de reconnaissance des soignants.

Lors de notre prise de poste en tant que FFCDS au sein de l'unité de santé publique, nous avons été interpellés par l'équipe au début d'une réunion. Cela portait sur la prise en charge d'un patient porteur du bacille de la tuberculose, découvert de façon fortuite sans précautions complémentaires d'isolement installées au préalable. Cette situation a donc entraîné une possible contamination des autres patients mais aussi des équipes ayant pris en soin ce patient. La suite de sa prise en charge est donc pluri professionnelle et passe donc par le Centre de Lutte Anti-Tuberculeux (CLAT) ainsi que des acteurs du terrain hospitalier que sont les cadres de santé, l'équipe d'hygiène, ou encore le service de santé au travail.

Cette découverte fortuite de tuberculose dans le cadre d'une hospitalisation pour recherche de diagnostic chez un patient symptomatique n'est pas exceptionnelle. Elle avait déjà fait l'objet de la mise en place d'une procédure interne afin d'identifier les différents interlocuteurs et créer une prise en charge cadrée.

Les différents acteurs s'étaient alors réunis pour travailler sur le protocole, qui avait été validé par le service qualité, les différentes instances et services concernés.

Lors de cette découverte, l'équipe du CLAT, n'avait été avertie que trois jours après la découverte de la tuberculose pulmonaire par l'équipe de l'hygiène.

Dès lors, ils se sont rapprochés des acteurs pour suivre la démarche du protocole validé. Ils se sont rendus compte que les personnels ne se souvenaient plus du protocole et de sa mise en application. A ce stade de la prise en charge, la situation impliquait de devoir réexpliquer (intervention qui avait déjà eu lieu quelques mois avant malgré le protocole mis en place à l'époque) la prise en charge d'un cas de tuberculose par l'équipe infirmière du CLAT, mais aussi la place des différents acteurs. Il nous a semblé que l'équipe à ce moment précis avait l'impression, que tout ce travail (qui avait pris un temps important) et que l'apport de leur expertise dans un protocole n'avait donc pas été pris en compte.

Cela fut confirmé par les propos formulés par l'infirmière référente du CLAT de l'unité de santé publique pendant ladite réunion.

*« A quoi cela sert de réexpliquer notre travail, on le fait à chaque fois et ils ne sont toujours pas au courant de ce que l'on fait dans le service »*

*« On vient nous chercher quand il y a besoin d'aide mais sinon, on ne nous porte pas d'intérêt ».*

Cette interpellation de l'infirmière, faisait de même référence aux sollicitations de l'institution sur les compétences de centre de vaccination de l'Unité de Santé Publique. L'institution ayant demandé aux infirmières de se positionner pour faire des vacations sur le centre de vaccination COVID de l'hôpital pendant la crise sanitaire.

---

<sup>3</sup> Dans cet écrit, le « nous » sera utilisé à la place du « je » afin d'adopter la posture épistémologique du chercheur.

Dans cette première situation, mes questionnements étaient les suivants : Qui était le « ils », le « on » ? En effet, cela pouvait être les pairs, l'institution ou encore l'encadrement ? Par qui les infirmières cherchaient-elles à être reconnues ? par quels moyens ? Comment en tant que FFCDS, pouvions-nous intervenir en étant le relais des collaborateurs, de l'institution, des pairs, de la hiérarchie ?

### 1.1.2 Deuxième situation

Dans la deuxième situation qui nous a posé question, les professionnels (agents administratifs, infirmières, travailleurs sociaux) semblent demander une reconnaissance de l'institution par la rémunération.

A ce moment, nous nous sommes demandé si le contexte des professionnels évoquant le manque de reconnaissance jouait un rôle, à savoir qu'ils font partie d'une structure extrahospitalière située à quelques kilomètres du groupe hospitalier. En voici quelques éléments d'explication.

Le centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie est un service faisant partie de l'hôpital public et qui pratique une activité soumise au contrôle des tutelles Agence Régionale de Santé (ARS). Les professionnels sont employés donc rémunérés par le groupe hospitalier. L'ARS certifie la structure au travers d'évaluation externe et attribue des financements pour le fonctionnement de la structure, ce qui inclut les salaires des professionnels exerçant dans le service.

Pendant la crise sanitaire, une infirmière ayant des compétences de dialyse est retournée dans ce secteur pour remplacer les infirmières parties renforcer les équipes de réanimation.

Une travailleuse sociale est également allée sur le centre hospitalier pour travailler avec l'équipe de santé au travail qui proposait une cellule de soutien aux personnels hospitaliers.

Quand la mise en place de la prime Ségur<sup>4</sup> a été instituée, elle n'incluait pas (sauf au souhait des établissements de santé) les professionnels des secteurs médico-sociaux, même ceux faisant partie des établissements publics. Quand leur première paie, après la mise en place du Ségur a été perçue, les agents de la structure nous ont interpellés car ils venaient de s'apercevoir qu'ils ne faisaient pas partie des personnels bénéficiant de la revalorisation et que cela était aussi un choix de l'établissement.

Les agents ont donc remis en question l'importance que porte l'institution sur la reconnaissance de leur activité, certains se questionnant même sur la considération donnée à l'individu en particulier. Cette exclamation nous a alors marqué pendant les échanges : « *Ils sont capables de venir nous chercher quand ils ont besoin d'aide sur l'hôpital, nous demander de nous investir dans d'autres services de l'établissement mais quand il faut nous reconnaître au travers d'une rémunération, ils font des économies* ». Cette exclamation venait de l'ensemble de l'équipe (infirmières, travailleurs sociaux et psychologues).

Dans cette situation, les agents ont clairement verbalisé leur besoin de reconnaissance. Nous nous sommes également demandé ce que questionnaient exactement les agents de l'institution ? Est-ce qu'une augmentation de la rémunération aurait suffi à un sentiment de reconnaissance des efforts effectués ? Qu'auraient-ils souhaité de la part de leur encadrement face à cette situation ? Quelle reconnaissance attendaient-ils et sous quelles formes ? Leur investissement a-t-il eu un impact sur leur qualité de vie au travail et donc accentué le contexte incertain ressenti ?

De plus, loin de l'image classique du soignant pratiquant au lit du patient, les professionnels ce secteur exercent leurs missions parfois au domicile des patients ou dans des prises en soins

---

<sup>4</sup> Ségur de la santé, les conclusions du 21 juillet 2020, qui prévoit une revalorisation par une prime de 183 euros net attribué aux professionnels de santé (solidarités, 2020).

ambulatoires. Les soins techniques sont très peu présents et une part importante est accordée aux soins relationnels invisibles et donc difficilement quantifiables.

À cela s'ajoute probablement le fait d'être à distance du site principal, centre des décisions prises par les directions et les équipes sur le fonctionnement global de l'institution.

D'après Fray A-M, Picouveau S. « *La quête d'appartenance et de reconnaissance dans les organisations constitue indéniablement une dimension fondamentale pour l'identité professionnelle de l'individu et un paramètre incontournable d'évaluation de la qualité de vie au travail* » (Fray A-M, 2010).

Nous nous sommes donc questionné sur notre rôle en tant que FFCDS comme point de jonction entre l'équipe et l'institution et sur ce que nous pourrions apporter aux personnels pour qu'ils se sentent reconnus dans leur pratique, par leurs pairs, leur hiérarchie et au sein de l'institution.

Selon BRUN Jean-Pierre<sup>5</sup> et DUGAS Ninon<sup>6</sup>, la reconnaissance est devenue une notion importante de la vie au travail. Elle a un impact certain sur la motivation, la satisfaction et permet de créer de l'implication et du sens au travail. Elle permettrait aussi de « *préserver et construire l'identité des individus* » (Brun J-P, 2005). Elle serait aussi favorisante pour « *leur développement et contribuer à leur santé et bien-être* ». Elle impacterait donc les individus dans toutes leurs dimensions.

L'enjeu de reconnaître l'agent sous toutes ces dimensions étant donc pluriel : il s'agit de préserver la cohésion d'équipe (aussi bien en termes de climat que de turnover) et d'être garant de la qualité des soins prodigués aux patients accueillis dans le service.

Le manager est celui qui met en valeur et harmonise les compétences des agents placés sous sa responsabilité.

Concrètement qu'attendent les agents de leur cadre de proximité ? Existe-t-il un écart entre les besoins des collaborateurs et la façon dont le cadre de santé pense devoir prodiguer de la reconnaissance.

Aussi, nous nous demandons si notre pratique managériale actuelle nourrit suffisamment ce besoin de reconnaissance ou si les collaborateurs sont à la recherche d'autre chose.

D'un point de vue institutionnel, les efforts sont reconnus par le cadre de proximité au travers d'objectifs fixés, lors des entretiens annuels d'évaluation. Mais finalement est-ce suffisant ?

## 1.2 Question de départ

Tout ce cheminement réflexif, nous amène à la question de départ suivante :

**En quoi le style de management employé par le cadre de santé exerce-t-il une influence sur le sentiment de reconnaissance ressenti par ses collaborateurs ?**

Pour affiner et tenter de répondre à ces différents questionnements mais surtout pour orienter notre question de recherche de façon pertinente et cohérente avec la réalité de terrain, une phase exploratoire en amont de notre cadre de référence nous apparaît donc nécessaire.

Vous trouverez dans la partie suivante la phase exploratoire évoquée qui nous permettra de poser notre question de recherche.

---

<sup>5</sup> J-P. Brun : Professeur de management au Canada

<sup>6</sup> N. Dugas : Psychologue

## 1.3 Phase exploratoire

### 1.3.1 Méthodologie

Dans cette phase exploratoire, il nous semblait pertinent de questionner des cadres et des professionnels de santé.

Pour cela, nous avons pris la décision d'interroger deux cadres de santé de secteurs différents ainsi que deux infirmières, chacune d'elles travaillant dans les unités des cadres interrogées. Il est ici intéressant pour notre recherche de pouvoir explorer la conception de la reconnaissance des cadres de santé (CDS) et celui des infirmières du même service.

Nous souhaitons interroger des professionnels qui étaient dans des services différents (dont un qui pouvait ressembler au service dans lequel nos situations d'appel nous avaient questionnées) pour essayer de comprendre si les structures des services influençaient de la même façon les attentes des agents.

Il est important de préciser ici, que cette enquête ne sera pas exhaustive du fait de son manque de représentativité.

Pour ce faire, nous avons élaboré deux guides d'entretien similaires pour les CDS et les infirmier(e)s (cf. Annexe 1)

Voici le tableau présentant les personnes interrogées :

FONCTION	SERVICE	ANCIENNETÉ DE DIPLOME	ANCIENNETÉ DANS LE SERVICE
FFCS 1	Hôpital de Jour (HDJ)	2 ANS	2 ANS
CDS 2	Médecine Interne	3 ANS ET DEMI	1 AN ET DEMI
IDE 1	HDJ	11 ANS	4 ANS
IDE 2	Médecine Interne	4 ANS	4 ANS

Tableau 1 : Identification des encadrants interrogés lors de la phase exploratoire

Les temps d'échanges ont duré entre 15 et 20 minutes chacun.

### 1.3.2 Les résultats

L'ensemble des entretiens nous a permis de mettre en exergue des éléments qui ont fait progresser notre réflexion.

Les CDS n'évoquent pas en entretien leur besoin personnel de reconnaissance mais directement celle de leurs agents.

Pour les CDS, il y a 3 entités auprès desquelles leurs agents expriment un besoin de reconnaissance : l'institution, eux-mêmes et le corps médical.

Selon les CDS, les agents attendent de leur encadrant de proximité :

- Du temps d'écoute et d'échange proposé quotidiennement de manière informelle
- Des réponses rapides aux demandes formulées (notamment concernant la gestion des ressources humaines vis-à-vis de leur vie personnelle)

- De **l'équité** entre agents (accès aux formations, aux congrès, intégration dans les projets, transmission des informations à tous)
- Un **soutien** pour obtenir une meilleure rémunération (mais c'est un domaine dans lequel les CDS ne se sentent pas avoir de marge de manœuvre)
- La **reconnaissance de l'investissement** dans le service (efforts fournis, remerciements)
- La **reconnaissance de leur expertise** avec la possibilité de transmettre leurs savoirs spécifiques en formant d'autres collègues.

Cette capacité à reconnaître leurs agents dépendrait :

- de **la taille de leur équipe** : difficulté de reconnaître de la même manière une équipe de 10 personnes et une de 30 personnes
- de **leur charge de travail** : manque de temps pour exercer leur proximité et pour avoir une approche personnalisée
- de **leur limite personnelle** : capacité plutôt « morale » à investir son énergie pour reconnaître les agents quand la vie personnelle et/ou professionnelle apporte un épuisement au cadre de santé
- des **nécessités de service** : obligation de refuser le jour de repos et de ne pas tenir compte de la vie personnelle de l'agent.

Toujours selon les CDS, les agents attendent du corps médical une reconnaissance identitaire réciproque. Pour exemple, une des CDS interrogée évoque ces propos tenus par une aide-soignante : « *ils (les médecins) ne connaissent pas notre prénom* » alors que quand eux sont oubliés lors de la commande des repas « *c'est le drame* ». Dans d'autres propos évoqués, ils attendraient également que leurs compétences techniques soient reconnues.

Certains points font écho aux entretiens menés avec les infirmier(e)s (IDE) :

- Une reconnaissance de la part des patients
- Une forte demande de reconnaissance des efforts fournis, de leur utilité et de valorisation à un niveau institutionnel par le CDS
- Une reconnaissance individualisée au sein du collectif de travail par le CDS permettant d'améliorer la qualité de vie au travail (connaissance de chacun et de ses contraintes personnelles)
- Une demande de reconnaissance du corps médical plutôt en ce qui concerne les compétences techniques (à ce titre, les entretiens annuels sont très peu évoqués)
- Une reconnaissance institutionnelle en termes de rémunération

### 1.3.3 Le bilan de l'enquête exploratoire

Il apparaît que pour tous les professionnels interrogés :

Le manager en valorisant les agents sous différentes formes, et en tentant de répondre au mieux à leur demande, permet de les reconnaître en tant qu'individu à part entière, et donc de conforter leur sentiment de bien-être et leur motivation au travail. En leur attribuant des missions dans les projets de service, il augmenterait aussi ce sentiment.

Les infirmières demandent une reconnaissance de leurs efforts et une certaine considération en tant qu'individu. C'est un besoin que les cadres de santé interrogées semblent bien intégrer et auquel elles essaient de répondre en tentant de rester le plus équitable possible. L'équité étant une des valeurs attendues par leurs agents.

Les infirmières et les cadres parlent de la reconnaissance des compétences mais les infirmières l'évoquent, plus encore, notamment au travers de l'entretien annuel et la réalisation d'objectifs justement fixés avec le cadre. Si la reconnaissance de son supérieur est toujours source de satisfaction, celle des médecins l'est tout autant que ce soit pour les infirmières ou les cadres de santé.

En effet, la notion de reconnaissance de la compétence clinique a surtout été abordée comme un besoin qui doit être satisfait par le corps médical.

Pour finir, il n'existe pas de différence notable entre les réponses données par les professionnels de l'HDJ et ceux de médecine. Nous ne garderons pas la notion de spécificité de l'organisation du service dans notre recherche.

Cela suscite les questionnements suivants : comment la cadre de santé pourrait reconnaître les efforts fournis par les agents au travers de son management ? Quels leviers peut être utilisé pour reconnaître l'investissement des agents, et ainsi conforter leur estime personnelle ? Quels leviers doivent être utilisés par les cadres de santé pour reconnaître l'investissement des agents et ainsi leur donner une estime personnelle plus forte ? Selon son mode de management, le cadre peut-il permettre cela ? Cette adaptation du management permettrait-il d'éviter le départ du service des professionnels de santé ?

Cette réflexion nous pousse à devoir affiner nos connaissances autour de notre objet de recherche. Aussi, après avoir décrit le contexte incertain dans lequel le monde de la santé évolue actuellement, nous allons développer cet écrit autour de deux grands axes : l'aspect motivationnel du travail des collaborateurs (reconnaissance, sens, motivation, estime de soi, identité professionnelle) et les différents styles de management en ciblant ceux qui favorisent l'implication au travail. Nous vous présentons le fruit de nos recherches dans la partie suivante.

## 2 LE CADRE DE REFERENCE

Au travers de nos recherches, nous avons pu identifier différents concepts en lien avec notre question de départ comme les phénomènes de reconnaissance, d'identité professionnelle, de fidélisation, de motivation et de sens au travail.

Aussi, nos recherches sont abordées sous le prisme de la psychologie et de la sociologie car notre objet de recherche touche à la partie subjective du rapport au travail.

Avant de développer les concepts, nous voulons resituer le contexte hospitalier actuel. De nombreuses années de réformes se succèdent et contraignent le milieu hospitalier à un fonctionnement particulier où il doit faire face à des incertitudes et dont l'objectif principal est la réduction des coûts.

En effet, la tarification à l'activité (1996), l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam, ...), la loi hôpital-patients-santé et territoires (HPST, 2009), la loi de modernisation du système de santé (2016) et en dernière date le Ségur de la santé (2021), toutes ces réformes se suivent mais ne permettent pas à ce jour de générer un sentiment de sécurité dans l'exercice de leur activité chez les professionnels de santé, ni de répondre à leur besoin de reconnaissance.

La crise sanitaire de la COVID en 2019 quant à elle, n'a fait qu'accentuer ou révéler au grand jour, des maux déjà bien présents dans le quotidien des soignants. R.Bagaoui<sup>7</sup> et Y. Sadik<sup>8</sup>, nous disent que « *la pandémie COVID-19 a dévoilé la fragilité des statuts, des situations et des acquis dans les espaces [...] pour replacer le débat sur les incertitudes* » (Bagaoui & Sadik, 2021).

Cette situation de crise a également mise en évidence le départ massif des soignants : « *La crise a laissé des marques, avec des professionnels qui ont quitté l'hôpital* » (Jacquot, 2022). Et cela va même plus loin et commence dès la formation initiale d'infirmier(e)s. En effet, beaucoup d'étudiants abandonnent précocément la formation.

Aussi nous voyons qu'il y a un réel intérêt des institutions à changer les choses. Dernièrement, le nouveau directeur de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Monsieur Nicolas Revel<sup>9</sup> a annoncé vouloir écouter ses salariés pour comprendre et répondre à leurs attentes. Dans cette dynamique, il a proposé un premier document s'intitulant « *30 leviers pour agir ensemble* » (Revel, 2022). Dans ce texte, nous retrouvons les notions de fidélisation, d'attractivité, de sens au travail, et de management. Ces leviers impliquent néanmoins de reconnaître les professionnels de santé. Notre première partie, sera donc consacrée à la reconnaissance, l'identité professionnelle et à l'estime de soi.

### 2.1 La reconnaissance et son influence sur l'individu

Nous allons donc voir dans cette partie, le concept de reconnaissance et son influence sur l'individu. Cela nous permettra de la comprendre et voir comment elle peut être favorisée au sein de nos organisations pour devenir un levier pour le cadre de santé.

#### 2.1.1 Le concept de reconnaissance

Il existe différentes théories de la reconnaissance, nous avons fait le choix de présenter leur évolution à travers l'histoire.

---

<sup>7</sup> R. Bagaoui : Docteur en sociologie

<sup>8</sup> Y. Sadik : Professeur en sociologie et management

<sup>9</sup> N. Revel : Directeur général de l'AP-HP

## A- Les théories de la reconnaissance à travers les époques

On évoque la notion de reconnaissance pour la première fois dans le monde antique, « *anagnôrisis* » (Malochet, 2014). A ce stade, elle prend une forme plutôt « *cognitive par laquelle on identifie un objet ou une personne quelconque* » (Malochet, 2014). Elle se fait suivant un rapport à autrui et non uniquement à soi.

J.-P Vernant<sup>10</sup> dit que « *la conception grecque de l'individu ignore en effet le plan de l'introspection, de la réflexivité et de la conscience de soi. Contrairement à la modernité où chacun affirme et vit son individualité* » (Malochet, 2014).

Dans un schéma plus contemporain, la reconnaissance est également évoquée sous l'angle de la relation à l'autre et de notre appartenance à un groupe social. Le fait d'y être reconnu nous permet de nous construire de façon positive.

C'est le philosophe allemand G.W.F. Hegel<sup>11</sup> (1770 - 1831), qui va introduire « *l'identité subjective et le rapport à soi* » dans la notion de reconnaissance tout en s'inspirant de concepts de Rousseau, Kant et Fichte. (Malochet, 2014).

Le philosophe Alexandre Kojève<sup>12</sup> (1902 - 1968) proposera son interprétation d'Hegel et mettra en évidence la lutte pour la reconnaissance.

C'est ensuite le philosophe et sociologue allemand Axel Honneth, qui proposera trois formes de la reconnaissance en partant des travaux d'Hegel.

Formes de reconnaissance	Relation primaire (amour)	Relation juridique (droit)	Communauté de valeurs (solidarité sociale)
Rapport (positif)	Confiance en soi	Respect de soi	Estime de soi
Dimension personnelle	Affects et besoins	Responsabilité morale	Capacités et qualités

Tableau 2 : Les formes de reconnaissance selon Hegel. (Renault, 2007)

Nous y trouvons donc comme première forme de reconnaissance la relation primaire avec ce que nomme Axel Honneth « *l'amour* ». Pour le philosophe, ce sont « *liens affectifs puissants entre un nombre restreint de personnes* »<sup>13</sup>, ce rapport de reconnaissance est important et permet à l'individu d'avoir confiance en lui. Cette forme de reconnaissance se retrouve pour le soignant dans les liens qui se créent au sein de l'équipe et qui lui permettent de se sentir reconnu par la place qu'il acquière dans le collectif.

Dans une seconde forme, Axel Honneth développe la relation juridique et donc une portée universelle, avec une égalité des droits et une reconnaissance en tant qu'il est un individu libre dans un collectif, ce qui se recoupe avec les travaux d'Hegel. Il s'agit ici de l'équité dont souhaite bénéficier l'individu de la part de son cadre de santé au sein de l'organisation dans certaines situations.

<sup>10</sup> J.-P Vernant : Historien et anthropologue

<sup>11</sup> G.W.F. Hegel : Philosophe allemand

<sup>12</sup> A. Kojève : Philosophe français

<sup>13</sup> A. Honneth ; lutte pour la reconnaissance ; 1992 ; p 117

Et enfin la communauté de valeurs comme forme de reconnaissance. Dans cette sphère du social se joue « *en grande partie par l'activité de travail, les individus sont en attente d'une forme d'estime sociale qui réside dans la reconnaissance de l'utilité et de la valeur de l'activité* » (Malochet, 2014). Les cadres de santé auraient alors ici, un rôle en donnant du sens au travail, et en reconnaissant l'implication et les tâches effectuées par le collaborateur. La reconnaissance des patients dans le sentiment d'utilité intervient aussi dans cette dimension de la reconnaissance pour le soignant.

Pour conclure sur la théorie d'A. Honneth : « *l'image positive que nous pouvons avoir de nous-même dépend du regard, des jugements et des comportements d'autrui à notre égard. C'est la raison pour laquelle nous restons toujours en attente de reconnaissance dans les interactions sociales* » (Halpern, André, & Braud, 2013).

Dans le monde du travail, nous sommes dans des interactions sociales constantes que ce soit avec la hiérarchie, nos pairs, ou encore les patients et leur famille. Ces interactions interviennent dans notre besoin de reconnaissance.

## B- La reconnaissance au travail

« *Le travail devient le lieu central de la quête de l'identité, de la création de sens et de la réalisation personnelle* » (Brun J-P, 2005), ce qui explique la raison pour laquelle les agents recherchent dans leur activité la reconnaissance qui leur permettrait de s'accomplir.

La reconnaissance au travail touche toutes les organisations et les professions. Elle « *prend la forme de revendications de salaires, de statuts, mais aussi [...] sur la personne elle-même, le respect et la dignité que chacun estime dus* » (Halpern, André, & Braud, 2013).

De plus P. Molinier<sup>14</sup>, précise « *qu'elle ne peut se réduire à des actes ponctuels d'encouragement, de gratitude ou de félicitations qui seraient personnellement témoignés par la hiérarchie ou les collègues, ou encore les clients* ». Elle rajoute que « *la vraie reconnaissance du travail s'inscrit matériellement dans l'organisation du travail sous la forme des moyens qui sont accordés pour le faire avec soin* » (Pascale Molinier, 2012). Le manager au travers d'une attention portée à la qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) de ses collaborateurs avec des moyens supplémentaires (matériel ou non), permettra qu'ils se sentent reconnus.

Selon J-P. Brun et N. Dugas, la reconnaissance existentielle « *devrait représenter le socle sur lequel s'appuient toutes les autres pratiques de reconnaissance* » (Brun J-P, 2005). La personne est donc le premier élément dans la reconnaissance au travail. Un individu valorisé en étant reconnu pour ce qu'il est, augmentera son estime personnelle, ce qui lui permettra de s'investir au travail. Ce que confirme de nouveau J-P Brun, « *ils s'engageront plus aisément de façon positive et solidaire dans leur travail* » (J-P B., 2008).

Nous avons quatre dimensions principales de reconnaissance sur lesquelles un manager peut s'appuyer (Halpern, André, & Braud, 2013):

- **La reconnaissance de la personne ( reconnaissance existentielle)** : c'est-à-dire reconnaître l'individu ou le collectif pour ce qu'il est dans l'organisation.
- **La reconnaissance des résultats** : qui est de reconnaître les résultats d'un objectif par exemple, pour cela il doit être mesurable, contrôlable. Cela sous-entend que le collaborateur s'investisse pour obtenir un résultat positif et que la reconnaissance soit possible. Sous cette forme, elle sera traduite en augmentation de salaire, en prime par exemple.
- **La reconnaissance de l'effort** : elle repose sur l'investissement du collaborateur pour réduire l'écart entre le travail prescrit et le travail réel et ce même si le résultat n'est pas

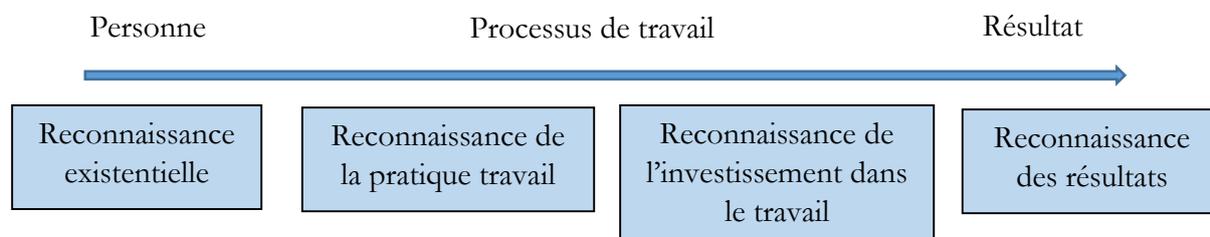
---

<sup>14</sup> P. Molinier : Psychologue et professeure de psychologie sociale française

positif. Elle intègre la notion de motivation, c'est une reconnaissance dite « *symbolique* » (Halpern, André, & Braud, 2013).

- **La reconnaissance des compétences** : comme son nom l'indique, elle s'intéresse aux compétences dans toutes leurs composantes : techniques ou sous la forme de « *soft skills* »<sup>15</sup>.

La reconnaissance dans le processus de travail peut être schématisée de la façon suivante selon J-P. Brun (Halpern, André, & Braud, 2013).



Nous pouvons alors reconnaître de plusieurs manières le travail et les personnes au travers des différentes formes de la reconnaissance.

Nous devons prêter une attention à la reconnaissance des collaborateurs car le déni de reconnaissance engendre chez l'individu « *des lésions de l'identité* » (Halpern, André, & Braud, 2013). Nous savons aussi que « *l'absence d'une véritable politique de reconnaissance peut-être une source de dégradation de la qualité, [...], de conflits, d'absentéisme ou de départs volontaires.* » (Anact, 2017).

En effet, selon J-P Brun, « *la reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner du sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur santé et à leur bien-être* » (Halpern, André, & Braud, 2013).

Cela nous amène à nous poser la question de l'identité professionnelle et sa construction dans l'organisation.

### 2.1.2 Reconnaissance et identité professionnelle

Les individus cherchent à être reconnus pour constituer leur identité. En effet, la reconnaissance permettrait de « *préserver et construire l'identité des individus* » (Brun J-P, 2005).

#### A- La construction identitaire

Pour comprendre quand intervient l'identité professionnelle, il faut tout d'abord comprendre les fondements de l'identité.

L'identité se définit comme « *ce par quoi l'on différencie une communauté d'une autre ou un individu d'un autre. La différence, qui constitue l'identité, repose toujours sur ce qui est propre et exclusif à un être* » (Fray A-M, 2010). L'identité est donc un processus qui se construit dans le temps. L'individu pourra se

<sup>15</sup> Les softs skills sont les compétences dites « comportementales, transversales, et humaines » comme la confiance en soi, créativité, intelligence émotionnelle (Forbes, 2022)

construire avec son histoire, ses expériences et en prenant des décisions. Il créera son identité professionnelle au travers de son identité personnelle par le choix de son métier et ses interactions avec ce milieu.

Selon le sociologue Claude Dubar<sup>16</sup> cité dans l'article de A-M.Fray<sup>17</sup> et S.Picouleau<sup>18</sup>, l'identité se construit autour de trois dimensions qui sont « *le moi, le nous et les autres* » (Fray A-M, 2010). Le moi serait l'image que l'on a et que l'on construit de nous-même. Le nous serait l'image que les autres nous renvoie, comme par exemple la place que le collaborateur pourra avoir dans l'équipe ou la reconnaissance qui lui sera apportée en fonction de ses actes.

Et enfin « *les autres* » qui serait l'image que nous voudrions donner à voir aux autres.

En 1975, le psychanalyste Donald Winnicott avec sa théorie de l'attachement apporte la notion, que notre construction identitaire se fonde dans notre relation à autrui.

Au total, l'identité personnelle intervient pour définir l'identité professionnelle en agissant sur ces trois dimensions. Nous mettons en évidence la notion de reconnaissance au travers du « *nous et de l'autrui* », car elle implique le regard de l'autre donc des personnes avec qui nous interagissons dans notre milieu professionnel.

## B- L'identité professionnelle

L'Enquête Histoire de vie menée par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) en 2003, a mis en évidence la place du travail dans les éléments constitutifs de l'identité des individus et leur importance par rapport aux autres activités. L'analyse a montré que seulement « *40% des enquêtés le citent par les trois thèmes qui leur correspondent le mieux, qui permettent de les définir* » (Garner, Meda, & Senik, 2005). Il est aussi noté que le travail arrive en deuxième pôle d'identification après la famille.

Nous constatons donc que l'identité professionnelle est une composante de l'identité personnelle et a une place importante dans celle-ci.

Dans le cas présent ce qui nous intéresse, ce sont les interactions dans l'environnement professionnel. Cette notion est confirmée par C. Dejours<sup>19</sup>, qui nous dit qu'elle permet l'accomplissement de soi et notamment quand « *notre travail est reconnu des autres* » (Dejours, 2012).

Le travail d'un individu lui donne de la valeur et si celui-ci « *donne une telle importance au travail dans la définition de son moi c'est parce que le travail lui procure une reconnaissance* » (Fray A-M, 2010).

Comme nous l'avons identifié, l'individu construit son identité par ses choix et celui du métier en est un élément identitaire.

L'identité professionnelle est composée de trois éléments principaux :

- « *Le **monde vécu du travail** : la situation objective du travail et la signification que lui accorde l'individu,*
- *Les **relations de travail** : la perception subjective des relations interpersonnelles et le sentiment d'appartenance aux groupes informels ;*
- *Les **trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir** : description des différentes étapes et des changements afférents à l'activité professionnelle » (Fray A-M, 2010).*

---

<sup>16</sup> C. Dubar : Sociologue français

<sup>17</sup> A-M. Fray : Professeure en gestion des ressources humaines

<sup>18</sup> S. Picouleau : ESCM Tours

<sup>19</sup> C. Dejours : Psychiatre, psychanalyste et professeur de psychologie française.

Toujours selon Claude Dubar, « *la construction identitaire dépend de la reconnaissance que l'individu reçoit de ses savoirs, de ses compétences et de son image* » (Fray A-M, 2010), il en est de même dans le monde du travail.

Alors qu'auparavant, l'individu avait pour but unique d'obtenir une rémunération au travail maintenant il recherche également de la reconnaissance.

La reconnaissance recherchée est en lien avec les composantes de l'identité évoquées ci-dessus. L'individu tentera d'obtenir une reconnaissance de ses pairs et de sa hiérarchie en intégrant le groupe « travail » et s'identifiera à eux. Il cherchera aussi à se réaliser en se reconnaissant lui-même, en échangeant ses savoirs, ses pratiques. Il pourra montrer son autonomie au groupe.

### C- Le rôle du cadre dans l'identité professionnelle

L'identité professionnelle peut aussi s'acquérir en exerçant une fonction ayant sa propre identité. Le collaborateur pourra se l'approprier pour créer son identité professionnelle au travers des apprentissages acquis par exemple. Selon Dubar, il s'agit du processus de socialisation secondaire

Nous avons aussi noté l'importance du collectif dans la création de l'identité par le regard des autres.

En effet, « *la dimension collective facilite et accélère véritablement le processus[...]. La construction identitaire est bien, à la fois produite par la personne, mais aussi par les autres protagonistes de sa vie professionnelle* » (Fray A-M, 2010).

Nous pourrions au travers d'une équipe soudée, être encore plus facilitateur pour permettre la construction des identités de chacun. D'autant plus, s'ils retrouvent des valeurs communes correspondantes à leurs identités.

Au total, cela peut être un bénéfice pour le collaborateur mais il peut l'être aussi pour l'organisation. En effet, « *l'entreprise a tout intérêt à ce que cette identification ait lieu car elle est un signe de qualité et de cohésion* » (Fray A-M, 2010). Si l'organisation donne cet aspect qualitatif au travail, elle permettra une fidélisation de ses collaborateurs.

Une autre composante de l'identité professionnelle, c'est qu'elle est inscrite dans un processus continu et dynamique. Elle va donc être en constante évolution. Il faudra que le manager puisse y porter une attention régulière pour que les collaborateurs continuent de s'identifier notamment en les reconnaissant dans le collectif. L'identité n'étant évoquée « *qu'à partir du moment où elle se trouve en danger* ». (Tap, 1998).

Nous avons pu voir que l'identité professionnelle se construit de façon intrinsèque, en prenant une place dans la définition du soi, d'une part, et dans un collectif d'autre part. Elle est aussi changeante et évolue selon les expériences, les choix et les acquis de l'individu dans son métier.

« *Si l'activité professionnelle de l'homme est un vecteur d'identité c'est parce qu'elle lui procure de la reconnaissance sous différentes formes* » (Fray A-M, 2010).

La construction de son identité, passe aussi par l'estime que nous avons de nous-même dans la composante du « moi », et pour que cela soit source de motivation au travail, l'estime de soi doit pour cela être positive.

### 2.1.3 Reconnaissance et estime de soi

L'estime de soi est vue comme indispensable dans le contexte actuel pour permettre aux professionnels de retrouver une qualité de vie au travail dans une société en recherche de reconnaissance et de sens au travail.

#### A- La notion subjective de l'estime de soi

W. James<sup>20</sup> considérait l'estime de soi comme « *la conscience de la valeur de moi* » (Tap, 1998).

L'estime de soi se définit selon Christophe André<sup>21</sup> comme : « *une donnée fondamentale de la personnalité, placée au carrefour des trois composantes essentielles du Soi : comportementale, cognitive, et émotionnelle* » (André, 2005).

La composante comportementale est ce qui nous influence pour nous permettre de nous mettre en action, nous mobiliser. Nous pourrions donc être influencés par une reconnaissance de notre activité d'autant plus si le résultat qui en ressort est positif. Nous avons pu constater que lorsqu'un collaborateur est valorisé dans son métier, celui s'implique davantage dans l'organisation du service au quotidien.

La partie cognitive « *dépend étroitement du regard que nous portons sur nous* » (André, 2005). L'importance sera ici d'avoir un regard positif sur nous-même si nous voulons que l'estime soit forte.

Enfin, la composante émotionnelle implique quant à elle, une part d'affect chez le collaborateur. Sur le plan individuel, pour mesurer notre estime nous passons par une « *introspection* » (Tap, 1998). L'estime de soi est donc autoévaluée, l'individu évaluera ses propres valeurs, efforts. Elle dépendra par conséquent de son humeur, de son état émotionnel au travail, notre part d'action est alors limitée sur cette composante.

Nous pouvons cependant en tant que manager favoriser une qualité de vie au travail, un équilibre entre vie personnelle et professionnelle pour essayer de maintenir une stabilité émotionnelle chez les collaborateurs.

L'estime de soi est aussi, « *un outil, permettant, ou non, de s'adapter à son environnement* » (Halpern, André, & Braud, 2013).

#### B- Une attention à porter sur l'estime personnelle de ses collaborateurs

Selon C. André, les individus avec une basse estime d'eux-mêmes, s'investissent avec prudence dans l'action et abandonnent plus rapidement que les individus avec une haute estime d'eux même. Il est donc important de valoriser, reconnaître les collaborateurs pour augmenter leur estime personnelle et donc qu'ils puissent s'impliquer dans l'organisation en donnant du sens à leur activité avec motivation.

Les collaborateurs optimistes, avec une forte estime d'eux-mêmes « *sont capables, face à toute incertitude, d'imaginer qu'ils auront les ressources nécessaires pour faire face* » (André, 2005). Un collaborateur se sentant estimé pourra alors mieux faire face et s'adapter dans le contexte hospitalier actuel. « *L'estime de soi va influencer les capacités adaptatives* » (Halpern, André, & Braud, 2013).

---

<sup>20</sup> W. James : Psychologue et philosophe américain

<sup>21</sup> C. André : Psychiatre et psychothérapeute français

De plus, nous savons qu'en les impliquant dans un projet, nous leur permettons d'augmenter leur sentiment de reconnaissance comme nous l'avons vu dans l'enquête exploratoire. Un individu reconnu pourra donc augmenter son estime personnelle.

*« Se positionner par rapport aux personnes de son environnement immédiat représente l'un des mécanismes fondamentaux d'ajustement de l'estime de soi »* (André, 2005)

Cependant le professeur de psychologie sociale Pierre Tap, nous précise qu'il y a une différence entre « *la valeur réelle (celle que l'on a de nous) et la valeur sociale (la réputation)* » (Tap, 1998).

Cela nous montre que pour se sentir estimé, le collaborateur oscillera entre ce qu'il pense de lui et ce que ses pairs pensent de lui.

Le manager aura dans ce cas un ajustement à faire pour leur permettre de se sentir individuellement reconnu dans le service. Pour le mettre en application, il faudra néanmoins choisir avec justesse sa façon de reconnaître chacun, leurs attentes n'étant pas les mêmes.

En effet, ce ne sont pas forcément les compétences qui prévalent sur l'appréciation que l'on a de nous pour améliorer notre estime. C. André le confirme en disant qu'être apprécié pèse sans doute plus que d'être performant.

Nous pouvons avec la nomination d'un collaborateur « *réfèrent* » par exemple, permettre de reconnaître une place à un individu dans le collectif. Dans ce cas, il a une place, « *une réputation* » auprès de ses pairs mais aussi des compétences reconnues par son encadrement. Nous valorisons l'importance de l'individu au sein du collectif et par conséquent l'amélioration de son estime personnelle.

Nous savons de plus que : « *Etre choisi ne fait que rassurer, alors qu'être exclu déstabilise fortement* » (André, 2005). Il faudra pour cela être équitable, permettre à tous d'être impliqué et ne pas exclure certains collaborateurs.

Nous avons vu dans cette partie l'importance de la reconnaissance des collaborateurs et sa fonction essentielle dans la construction identitaire et l'ajustement de l'estime qu'ils ont d'eux.

Nous nous rendons bien compte que la reconnaissance pourrait être un levier certain pour l'organisation. En effet, reconnaître les soignants permettra alors de créer du sens au travail, de maintenir des collaborateurs motivés qui seront fidèles à l'institution.

## **2.2 La reconnaissance : une plus-value pour l'organisation**

Nous verrons dans cette partie, que la reconnaissance des collaborateurs pourrait être une réelle plus-value, nous permettant de fidéliser les professionnels de santé, et recréer du sens au travail, le tout en gardant des agents motivés.

### **2.2.1 Une réponse pour l'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé**

La crise sanitaire n'a fait que révéler le besoin de repenser la stratégie de la relation d'emploi, notamment en matière d'attractivité et de fidélisation.

Matthieu Sibé, maître de conférence en sciences de gestion, nous dit que « *les institutions soignantes ont pu gérer avec difficulté les contraintes matérielles* ». Cependant elles « *semblent être cruellement en défaut pour répondre à la relative pénurie de personnels, dans leur quête quotidienne de renforts en effectifs* ». (Sibé, 2021).

## A- La notion de fidélisation

Selon J.M Peretti<sup>22</sup> et A. Swalhi<sup>23</sup>, nous pouvons dire qu'un individu est fidèle s'il peut contribuer à la performance sans rechercher un travail en dehors de l'institution.

P.Paillé<sup>24</sup>, nous indique que la personne fidèle serait celle qui « *justifie d'une ancienneté significative et d'un désintéret pour les opportunités professionnelles externes, mais également lorsqu'elle 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* » (Weber, 2020) et donc qui s'implique dans son travail.

La fidélisation, toujours d'après J.M Peretti, serait l'ensemble des mesures qui permettraient de réduire les départs des salariés. Ici, les départs évoqués par l'auteur sont ceux à l'initiative du salarié et non à la demande de l'institution.

Ces départs peuvent être causés par des motifs objectifs (niveau de rémunération, conditions de travail) ou subjectifs et dans ce cas ils touchent à l'affect du collaborateur : manque de reconnaissance, sentiment de solitude....

Dans une enquête sur « *les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante* », (Jasseron, Estryn-Béhar, & Le Nézet, 2006), parmi les motifs qui ont fortement contribué à la décision de certains soignants de quitter leur établissement. Il a été évoqué en premier lieu, « *un manque de soutien psychologique, et des attentes professionnelles non satisfaites* » (Jasseron, Estryn-Béhar, & Le Nézet, 2006). Cet exemple nous montre qu'il est important de reconnaître les soignants en les soutenant, leur donnant du sens au travail, en créant un collectif motivé mais aussi en répondant à leurs attentes.

Dans cette enquête, les soignants déclarent également que « *la possibilité de garde de leur enfant, une dotation en personnel suffisante* » pourrait les faire changer d'établissement. L'ANACT souligne donc concernant la QVCT, que les soignants cherchent à pouvoir concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Pour qu'un individu soit fidèle à l'institution, nous voyons que celle-ci doit pouvoir être attractive pour le soignant et répondre à ses attentes aussi bien professionnelles que personnelles. Nous allons donc développer le concept d'attractivité

## B- La notion d'attractivité

La définition de l'attractivité est ce « *qui à la propriété d'exercer une attraction [...], qui plaît, séduit, attire* » (Larousse, s.d.). L'attractivité serait un processus de communication entre l'employeur, qui plaît au travers du message qu'il transmet, et l'employé qui est attiré par le message transmis. L'attractivité est évaluée dans les organisations sur des critères, comme la taille de l'organisation, la rémunération ou encore la qualité de vie au travail. Ces critères sont en partie les mêmes qui poussent les agents à quitter l'établissement.

Le phénomène d'attractivité est souvent pensé par les organisations et basé sur des statistiques qui tiennent compte du « *taux de nouvelles recrues, du pourcentage de candidatures à un poste ou du taux de vacance de poste* » (Sibé, 2021). Cela ne tient cependant pas compte du ressenti de l'agent, de ses attentes et

---

<sup>22</sup> J.-M. Peretti : Théoricien français des organisations

<sup>23</sup> A. Swalhi : Maître de conférence en management des équipes, GRH

<sup>24</sup> Pierre Paillé : Professeur de sciences sociales au Québec

ses valeurs. Or, si l'institution souhaite que le message soit perçu comme attrayant, il devra correspondre aux attentes professionnelles et aux valeurs de l'employé.

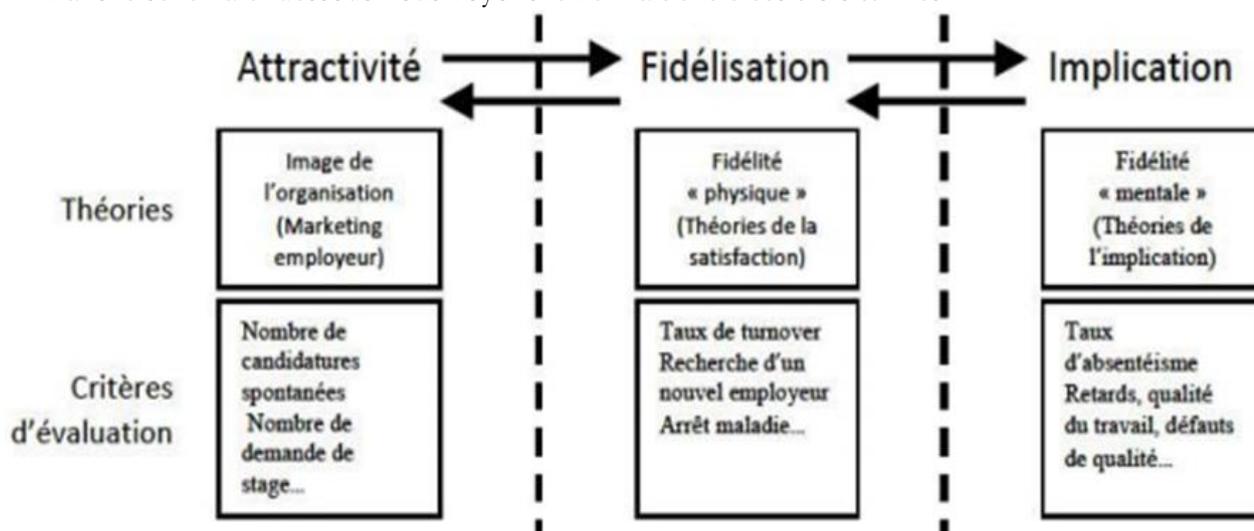
Dans une étude québécoise citée par Matthieu Sibé, « *le caractère attrayant d'un poste de travail et d'un employeur repose sur des emplois prometteurs en termes de sécurité [...] et sur des employeurs soucieux de la qualité de vie au travail et de relations harmonieuses entre collègues* » (Sibé, 2021). Cette enquête peut être corrélée avec l'enquête évoquée ci-dessus. En effet, « *les conditions de travail contribuent aussi à l'attractivité d'un autre établissement selon les soignants, comme le support psychologique au travail pour 36.4% des soignants, la considération et le respect du personnel pour 34.1%, les conditions psychologiques de travail pour 31.5% et les conditions physiques de travail pour 26.9%.* » (Jasseron, Estryn-Béhar, & Le Nézet, 2006). Ils souhaitent également, avoir du temps pour parler aux patients et pouvoir respecter une éthique des soins.

Sur une approche plus psychologique, les postulants seraient attirés par des emplois capables « *d'alimenter leur estime de soi* » (Sibé, 2021).

Pour permettre cela nous pourrions, en tant que cadre de santé, améliorer la qualité de vie au travail des collaborateurs. Ils conserveront l'implication et la fidélité vis-à-vis de leur environnement de travail grâce à la reconnaissance que l'on apportera avec notre façon de manager.

Dans nos lectures il semblerait que le terme de fidélisation et d'attractivité aillent de pair. Ils se mêleraient également avec l'implication au travail, celle-ci pouvant être un levier.

Dans le schéma ci-dessous nous voyons le lien fait entre ces trois termes :



Lien entre Attractivité-fidélisation et implication par Petit et Zardet (Weber, 2020)

L'attention portée aux professionnels en poste passerait par le besoin de les impliquer dans l'institution. Nous voyons qu'une vigilance particulière est donc à apporter aux agents en poste, en parallèle de la réingénierie de la stratégie de recrutement.

L'implication serait le levier pour améliorer la qualité de vie au travail, donner du sens à l'activité effectuée. Si l'individu se sent mentalement impliqué, il cherche moins à quitter l'institution et fait preuve d'assiduité. Il souhaite y rester car il ressent de la satisfaction sur son poste. Se pose alors la question de savoir comment au travers de notre mode de management, nous pouvons les impliquer dans l'institution.

Après avoir vu les contours de l'attractivité et la fidélisation. Nous allons voir le modèle du Magnet Hospital.

### C- La nécessité de devenir magnétique

Un modèle de fonctionnement qui se base sur la fidélisation des employés depuis trente ans aux Etats-Unis, est le Magnet Hospital « *bâtit sur l'attraction et sur la fidélisation des professionnels de santé* » (Sibé, 2021).

Il y a plusieurs dimensions qui façonnent les Magnet Hospital dans l'article de Matthieu Sibé, nous noterons celles qui nous intéressent pour ce mémoire à savoir :

- une **expertise des soignants** : les soignants peuvent développer des compétences cliniques, ce qui permet la reconnaissance du corps médical comme nous l'avons vu dans l'entretien exploratoire. C'est notamment un besoin formulé par les infirmier(e)s et les cadres de santé en terme de reconnaissance.
- un **leadership transformationnel** : un mode de management qui préserve les relations humaines, inspire les collaborateurs et les motive. Ce mode de management permet d'amener les collaborateurs aux changements en les responsabilisant.
- un **style de management participatif**, implique les soignants dans l'organisation des soins et leur permet de se sentir reconnus
- une **gestion correcte des effectifs et horaires de travail** : montre que la vie personnelle des collaborateurs est considérée par le manager.

Ces dimensions du Magnet Hospital, nous montrent que le manager a une place prépondérante pour fidéliser les agents et notamment à travers quatre dimensions : la prise en compte du besoin en formation, le leadership, le choix d'un management participatif et la prise en compte du besoin d'adéquation entre vie professionnelle et vie personnelle.

Nous avons vu dans cette partie l'importance de fidéliser les collaborateurs en poste pour cela nous avons un rôle à jouer notamment en leur donnant du sens au travail, ce qui recréera de la motivation au travail.

#### **2.2.2 Une réponse pour donner du sens au travail des collaborateurs**

Suite à une enquête menée par la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES) sur les conditions de travail, il est analysé que « *un faible sens au travail est nettement associé à un changement d'emploi* » (Coutrot T. , 2021)

Que mettons-nous sous le terme de sens au travail à l'hôpital ? Nous allons aborder la notion de travail et son sens pour l'individu.

### A- La notion de travail et son sens pour l'individu

La notion de travail a évolué au fil des siècles, le mot vient du latin « *tripalium, qui faisait référence à un instrument de torture* » (Balumuene, 2021). Le terme de travail dans ce cas, est donc lié à celui de souffrance et à des difficultés à s'en détacher. Cependant à l'heure actuelle avec les différentes transformations du monde du travail, les individus cherchent à mettre du sens dans celui-ci pour qu'il ne soit plus uniquement un labeur. Quand C. Dejours évoque le travail et la façon dont les travailleurs le vivent, il intègre la notion de sens au travail.

La recherche de sens serait un besoin humain. Abraham Maslow<sup>25</sup> le confirme et l'intègre dans la dimension du travail, en disant que « *l'humain a depuis bien longtemps exprimé le besoin d'avoir du sens au travail* » (Berthoin Antal & Frémeaux, 2013).

Dans l'analyse psychodynamique du travail C. Dejours nous dit qu'« *il y a une relation entre la façon dont le travail est organisé et la manière dont les travailleurs le vivent (plaisir et souffrance étant les deux modalités de réactions les plus extrêmes)* » (Malochet, 2014)

La psychodynamique du travail donne finalement un cadre théorique sur le sens au travail. Elle permet de « *distinguer trois dimensions du sens intrinsèque du travail : le sens par rapport à une finalité à atteindre dans le monde objectif, le sens par rapport à des valeurs dans le monde social ; le sens, enfin, par rapport à l'accomplissement de soi dans le monde subjectif* ». (Coutrot T. , 2021)

Si nous reprenons chacune des dimensions évoquées. La première renvoie au besoin du soignant de se sentir utile notamment à travers la prise en soins des patients. Dans une enquête menée auprès des professionnels de santé par la Fédération Hospitalière de France (FHF), ceux-ci se sentent utiles dans leur travail soit 28% tout à fait d'accord, 34% d'accord et 29% plutôt d'accord (FHF, 2023). Au total, 91% des soignants estiment leur travail utile.

C. Dejours, nous parle dans ce cas de « *jugement d'utilité* » quand la finalité de notre travail permet de satisfaire les besoins du destinataire (Coutrot T. , 2021). Comme le fait, d'avoir effectué un soin de qualité, d'avoir été utile pour le patient sans pour autant avoir un besoin de reconnaissance. Le sentiment d'utilité n'est pas corrélé à ce moment avec celui de la reconnaissance. Cependant, il existe parfois un écart entre ce que le soignant juge utile pour la prise en charge du patient et les objectifs de l'institution en termes de rendement et d'efficacité. À ce titre, le CDS joue un rôle quant à sa façon d'organiser et de communiquer avec ses agents pour permettre à la logique soignante et à la logique budgétaire de se corrélent.

La deuxième dimension, nous donne à voir que le sens au travail doit répondre à nos valeurs ce qui ouvre sur la dimension de l'éthique du sens. Il ne faut pas que le travail effectué entre en conflit avec nos propres valeurs.

La troisième dimension quant à elle touche à la part subjective du sens au travail et ce que le sens apporte au travailleur lui-même. Chacun a sa façon de réduire l'écart entre le travail prescrit et le réel en s'appuyant sur des ressources internes et externes. Chaque ajustement de l'activité de travail est donc singulier.

Le sens au travail peut être considéré dans ces trois dimensions. Si on regarde les données de la DARES, les infirmier(e)s et les aides-soignant(e)s sont parmi les professions qui trouvent en moyenne le plus de sens dans leur travail. « *La crise sanitaire ayant attestée du caractère essentiel de leur activité* » (Coutrot T. , 2021). Cela intervient donc dans leur sentiment d'utilité. Il faut cependant en prendre la mesure. En effet, selon cette même étude, ils évoquent une incohérence du travail avec leur éthique. Finalement, cela nous montre que ces soignants trouvent leur travail utile mais il entre en conflit avec leurs valeurs. Comme par exemple, la façon dont les soignants se sont retrouvés en difficulté face aux familles ne pouvant pas voir leur proche pendant la crise sanitaire.

Pour le manager, la difficulté est de prendre en compte les deux dernières dimensions :

- en connaissant les valeurs portées par les membres de son équipe et en les entretenant au sein de la cohésion d'équipe pour que ce soient des valeurs communes. Il s'agit aussi de

---

<sup>25</sup> Abraham Maslow : Psychologue américain

veiller à ce que l'organisation des soins permettent aux soignants de retrouver dans leur activité quotidienne un certain nombre de ces valeurs. Le CDS doit être vigilant à mettre en discussion les écarts perçus par son équipe et les amener à trouver leurs propres solutions pour les réduire.

- en connaissant le projet professionnel et les contraintes de chaque membre de l'équipe aussi bien grâce à l'entretien annuel d'évaluation que lors d'entretiens informels.

Cela nous amène à développer le rôle du cadre de santé dans le sens au travail à apporter aux professionnels soignants.

#### B- Les leviers de l'organisation et plus précisément du cadre de santé

Il est important pour l'organisation de mettre du sens dans le travail de ses employés, car il « *constitue une valeur importante [...]. Ignorer ou négliger cette valeur ne peut qu'entraîner des conséquences néfastes* » (Morin & Cherré, 1999) sur l'individu et l'organisation.

Lors de nos recherches, nous avons noté que le sens au travail se construit dans la relation entre l'individu et son activité au sein de l'équipe.

La valeur que nous donnons aux « *tâches* » permet aux collaborateurs d'atteindre leurs objectifs personnels.

L'activité de l'individu prend en compte les différentes tâches qu'il effectue. La tâche pour C. Dejours définit « *l'objectif et le chemin à parcourir* » (Dejours, 2012). Le chemin à parcourir incombe pour une part au cadre de santé permet la coordination des activités et le lien dans l'institution avec les interlocuteurs.

Dans la réalisation des tâches, il est important de prendre en compte l'écart entre le travail dit « *prescrit* » et le travail « *réel*<sup>26</sup> », car c'est là « *que s'inscrit le propre du travail humain, le rapport subjectif qui donne sens au travail* » pour C. Dejours (Polomeni, 2020). Pour que le soignant atteigne le « *travail prescrit* », qui lui demande un effort et implique de travailler face à des résistances, celui-ci devra faire preuve de créativité pour y répondre. Il perdra parfois du sens au travail, en allant contre ses valeurs éthiques. En exemple, le fait de faire sortir les patients rapidement d'hospitalisation, est souvent mal vécu par les équipes soignantes.

Dans notre phase exploratoire, nous avons évoqué que les infirmier(e)s désirent voir leurs efforts reconnus par le cadre de santé. En reconnaissant l'effort fourni pour atteindre le travail prescrit, le manager permet de valoriser le travail de ses collaborateurs.

De plus, chaque individu apporte son propre sens à son travail, et exprime différentes attentes « *matérielles* », « *sociales* », (Berthoin Antal & Frémeaux, 2013) ainsi que des attentes plus personnelles qui auraient pour intérêt de l'aider à s'épanouir. En tant que CDS, il s'agit d'être attentif à répondre à ces attentes individuelles en étant soucieux de les mettre en adéquation avec l'organisation et les besoins du collectif. C'est ainsi que faire preuve d'équité est un travail complexe : le CDS passe sans cesse de l'individuel au global et inversement.

Yves Clot<sup>27</sup> en 2010, l'évoque aussi et montre « *que la problématique du sens au travail doit être moins rattachée à celle du bien-être qu'à celle du bien faire. [...] il y aurait un danger à vouloir agir sur le psychisme des*

---

<sup>26</sup> Selon C. Dejours, le réel est un concept qui se fait connaître à celui qui travaille et qui doit faire à la résistance. Pour cela il devra s'adapter et trouver des solutions, (Dejours, 2012)

<sup>27</sup> Yves Clot : Professeur de psychologie du travail

*« sujets et non sur le travail. Seule une considération des activités réelles de travail aide les individus à donner du sens au travail » (Berthoin Antal & Frémeaux, 2013).*

Cela reprend l'idée de porter une attention aux activités effectuées réellement par l'individu car c'est à ce moment que cela devient concret pour lui et qu'il se sent reconnu. Nous pouvons reconnaître ses efforts, son organisation, son implication dans un groupe de travail.

Nous voyons que le cadre de santé qui s'intéresse et accepte de reconnaître la qualité des activités exercées par ses collaborateurs à une influence sur le sens qu'ils donnent à leur travail.

Nous notons aussi une part personnelle dans le sens donné au travail sur laquelle nous n'avons que peu de rôle. Cependant, il ne faut pas pour autant le mettre de côté car les individus y apportent une importance.

De plus, la valeur accordée au travail réalisé sur la tâche réellement effectuée motive les collaborateurs. Le sens au travail a une influence majeure sur la motivation, élément qui permettrait d'impliquer les agents dans l'organisation.

Nous allons donc aborder la notion de motivation.

### 2.2.3 La reconnaissance pour motiver les professionnels de santé

Le terme de motivation n'est apparu qu'à la fin du XX<sup>ème</sup> siècle. Il a été utilisé par les chercheurs et les managers quand nous avons eu besoin de mieux comprendre le fonctionnement des organisations. Le concept de la motivation dans les travaux de recherche apparaît la première fois, chez les psychologues E. Tolman<sup>28</sup> (1932) et K. Lewin<sup>29</sup> (1936).

À cette époque, les recherches ont été effectuées afin d'améliorer les performances individuelles et collectives des salariés. L'idée était que « *la motivation au travail repose sur le principe que la réussite de l'entreprise dépend des performances collectives, elles-mêmes tributaires des performances individuelles* » (Roussel, 2001).

#### A- La notion de motivation et sa construction

La définition retenue par P.Roussel<sup>30</sup>, est celle de R-J.Vallerand<sup>31</sup> et E.E.Thill<sup>32</sup> en 1993 :

*« Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (Roussel, 2001).*

Selon les psychologues ayant théorisé au sujet de la motivation celle-ci se construirait de la manière suivante :

- le **déclenchement du comportement** : qui est le fait de débiter une activité qui induit une « *dépense d'énergie* » qu'elle soit physique, mentale ou encore intellectuelle. C'est grâce à la motivation que nous passerions de l'état d'inaction à celui d'action.
- la **direction du comportement** : à cette étape, la motivation entraînerait notre comportement vers l'objectif à atteindre. Nous mettrions l'ensemble des efforts nécessaires et possible pour y arriver.

---

<sup>28</sup> E. Tolman : Psychologue américain

<sup>29</sup> K. Lewin : Psychologue en psychologie sociale et comportementale américain

<sup>30</sup> P. Roussel : Professeur de gestions des ressources humaines

<sup>31</sup> J. Vallerand : Chercheur dans les processus motivationnels

<sup>32</sup> E.E. Thill : Professeur de psychologie

- **l'intensité du comportement** : à ce moment de sa construction, la motivation pourrait permettre de redoubler d'efforts pour atteindre l'objectif.
- la **persistance du comportement** : la motivation permettrait de maintenir un niveau d'énergie suffisant pour continuer d'atteindre un ou des objectifs.

Pour P. Roussel, la motivation au travail « *peut aussi se définir comme un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus.* » (Roussel, 2001).

Se pose alors la question de l'influence du manager sur la motivation de ses collaborateurs mais aussi celle de l'organisation.

#### B- Le rôle de l'organisation sur la motivation de ses agents

Dans le milieu du travail, deux catégories de facteurs interviennent sur la motivation des individus. Une des catégories est nommée par F.I. Herzberg<sup>33</sup> comme les « facteurs d'hygiène ». Il s'agit ici de « *la politique et l'administration de l'entreprise* » (Roussel, 2001).

La motivation développée par les individus dépendrait donc de différentes caractéristiques individuelles mais serait aussi liée à des facteurs externes qui peuvent être impulsés par l'organisation. Des théories viennent l'appuyer et « *mettent en évidence la responsabilité des directions des ressources humaines, par l'orientation de leurs décisions et les pratiques qu'elles instaurent* » (Roussel, 2001). Le climat de travail qui comprend « *les relations entre les employés et avec l'encadrement, le type de management exercé, l'ampleur de la charge de travail* » (Roussel, 2001), influence la motivation des individus.

La direction des ressources humaines avec sa stratégie d'emploi a donc un rôle déterminant dans la motivation de ceux-ci (niveau d'exigence au recrutement, rémunération, avantages sociaux, gestion des carrières).

Il y a également le management mis en place par le cadre qui peut agir sur la motivation des collaborateurs.

#### C- Qu'en est-il de l'influence du cadre sur la motivation de ses collaborateurs ?

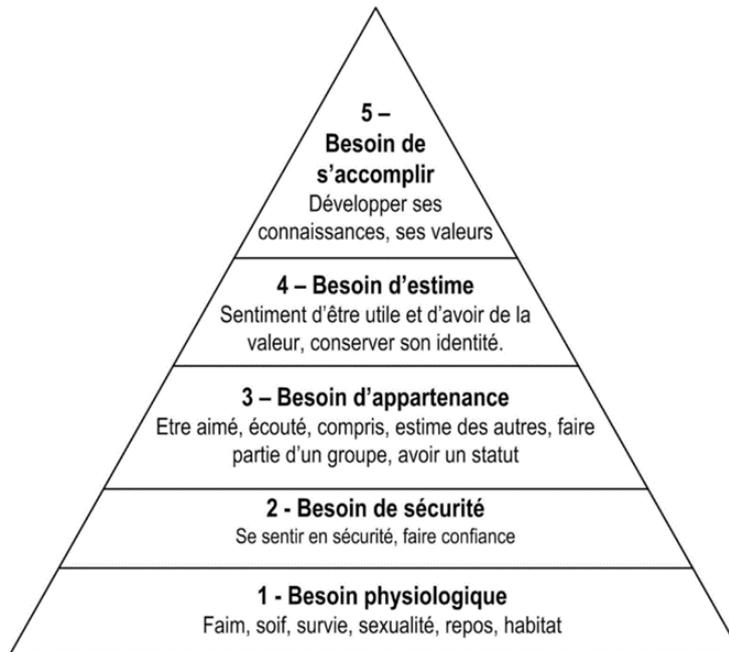
Maslow nous dit que la motivation servirait à répondre à des « *besoins hiérarchisés en cinq niveaux* » (Granger, 2022). Tant que ceux-ci ne seraient pas atteints, l'individu resterait dans un processus de motivation jusqu'au dernier besoin qui est la réalisation de soi.

F.I. Herzberg vient confirmer les propos de A. Maslow, en affirmant que la motivation est déclenchée pour répondre à des besoins.

Le CDS doit se questionner sur la façon dont il pourrait intervenir à chacun des cinq niveaux des besoins de la pyramide et permettre aux collaborateurs d'être motivés.

---

<sup>33</sup> F-H. Herzberg : Psychologue américain



La pyramide des cinq besoins de A. Maslow (Lavandier, 2022)

Le premier besoin est le besoin physiologique, nous ne pouvons pas intervenir sur toutes les dimensions de ce besoin mais nous pouvons apporter une attention particulière sur certains aspects. Par exemple, une adéquation entre la vie personnelle et professionnelle du collaborateur peut être un élément essentiel pour répondre au besoin physiologique. Il s'agit aussi de s'assurer que l'organisation du travail respecte les règles de sécurité en termes d'ergonomie des locaux, de respect des temps de pause et de prise de repas.

Le deuxième besoin est le besoin de sécurité. À notre sens, il s'agit plus de la création d'une relation de confiance reposant sur des valeurs comme l'authenticité, la transparence dans les relations entre encadrement et collaborateurs. Il s'agit donc d'une sécurité ontologique permettant une confiance mutuelle. Cela demande au CDS d'être en mesure de développer des compétences communicationnelles au niveau interpersonnel mais aussi du collectif de travail. Ici, on retrouve également le travail de lien invisible évoqué par Paule Bourret<sup>34</sup>. Le CDS fait le lien entre différents corps professionnels pour harmoniser les conditions de prise en soins des patients.

Le besoin d'appartenance permet de garder un collaborateur motivé. En effet, l'individu souhaite répondre à ce besoin notamment car il intervient dans sa construction identitaire. « *La dimension sociale de notre identité est assurée par un sentiment d'appartenance à des groupes sociaux* » (Calin, 2022). En tant que cadre notre rôle serait donc de créer un collectif soudé pour permettre aux professionnels de répondre au besoin d'appartenance.

Le besoin d'estime est rattaché au fait de vouloir être reconnu individuellement de façon positive au sein du collectif et dépend donc du regard que les autres portent sur nous. Pour répondre à cela le CDS est dans une démarche individuelle de reconnaissance de chacun dans sa singularité. Il a également un rôle fédérateur pour qu'aucun membre de l'équipe ne se sente marginalisé : c'est une lutte quotidienne contre les à priori et les étiquetages qui font souvent partie intégrante de la vie de groupe.

<sup>34</sup> P. Bourret : Infirmière, cadre de santé formatrice, docteur en sociologie

Le besoin de s’accomplir est le dernier besoin évoqué par A. Maslow. Il dépend de la satisfaction des autres besoins de la pyramide et fait écho à ce que l’individu attend de son travail. Il faudra donc prendre en compte cette part subjective car tous les soignants n’ont pas les mêmes attentes : certains souhaitent conserver leur activité en l’état quand d’autres aspirent à suivre une formation pour monter en compétences.

Dans cette quête du besoin qui nous permettrait d’avoir des professionnels de santé motivés, et ayant retrouvés du sens au travail. Nous voyons que la reconnaissance sous différentes formes et adaptée aux situations rencontrées pourrait permettre d’y répondre. Cela nous amène au point suivant qui est la question du cadre de santé et son mode de management pour activer le levier de la reconnaissance.

## 2.3 Le besoin d’adapter notre management

Nous allons voir dans cette partie la place et les rôles du cadre de santé, les différents types de management qu’il peut utiliser et notamment celui qui pourrait lui permettre de répondre au besoin de reconnaissance des collaborateurs dans le contexte actuel.

### 2.3.1 Le cadre de santé

En 2015, selon une étude de l’INSEE, il y avait 24 200 équivalents temps plein de personnel d’encadrement paramédical (INSEE, 2018). Un chiffre qui reste stable selon la DREES<sup>35</sup> avec au 11 décembre 2019, 24 650 encadrants du personnel non médical soignant. (Toutlemonde, Boisguérin, & Baraton, 2021).

Nous voyons alors que le cadre de santé prend une distance par rapport à son métier d’origine, devient le lien dans l’institution et exerce à ce titre des nouvelles fonctions. Avant d’évoquer ses différentes missions, nous devons préciser ce que nous entendons par cadre et cadre de proximité.

Le cadre dirigeant selon le code du travail est une personne à qui sont « *confiées des responsabilités dont l’importance implique une grande indépendance dans l’organisation de son emploi du temps, et qui est habilitée à prendre des décisions de façon largement autonome* » (travail, s.d.).

Dans son ouvrage, H. Mintzberg<sup>36</sup> reprend la définition du cadre de C.A.Strong<sup>37</sup> de 1965 : « *Le cadre, planifie, organise, motive, dirige et contrôle. [...] Il ajoute la prévision, l’ordre, la direction, l’intégration des efforts et l’efficacité aux contributions des autres* ». (Mintzberg, 2020). Cette définition reprend en partie les cinq fonctions de l’encadrement de H. Fayol<sup>38</sup> de 1916.

Les fonctions d’encadrement sont définies par C. De Singly comme « *l’ensemble des activités, permanentes ou ponctuelles, qui consistent à organiser, coordonner, cadrer, puis contrôler le travail des personnels* » (De Singly, 2009).

Le cadre de santé est de part ses fonctions un élément central dans la gestion du service et reprend en partie sa mission de « surveillant ».

L’encadrement dit de proximité quant à lui consiste à « encadrer des personnels au quotidien et de manière directe ou indirecte » (De Singly, 2009). Nous retenons ici le terme de quotidien, qui implique une idée de présence auprès des équipes dans le temps et dans l’espace.

---

<sup>35</sup> DREES : Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques

<sup>36</sup> H. Mintzberg : Professeur universitaire en management

<sup>37</sup> C.A. Strong : Philosophe et psychologue américain

<sup>38</sup> Henry Fayol : Ingénieur minier français, cadre minier, auteur et directeur de mines.

La proximité pour le cadre de santé, selon I.Sainsaulieu<sup>39</sup> nécessite une aptitude relationnelle, car en plus d'être proche des équipes le cadre devra garder une « *juste distance avec les soignants [...], ainsi la proximité est un subtil dosage d'implication et de distanciation* » (Revillot J.-M. , 2013). Nous l'avons évoqué lors des entretiens exploratoires, c'est une notion que les cadres de santé ont identifiée et qu'ils jugent nécessaire pour une bonne relation avec l'ensemble de l'équipe.

H. Mintzberg, attribue dix rôles au cadre et les répartit en trois catégories :

- **Les rôles interpersonnels** : activités liées au rôle d'autorité<sup>40</sup> du cadre (symbole, leader et agent de liaison)
- **Les rôles liés à l'information** : activités liées à la transmission et la réception d'informations (observateur actif, diffuseur de l'information et porte-parole).
- **Les rôles décisionnels** : dernier ensemble d'activité lié à la prise de décisions importantes (entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressource et négociateur)
- Son rôle interpersonnel au travers des informations lui permet de prendre des décisions ce qui montre la corrélation entre tous ces rôles. Nous voyons aussi que chacun des rôles dépend de l'autre et ne peut fonctionner sans pour penser les organisations.

« *Ces rôles insèrent le cadre dans le processus par lequel est élaborée la stratégie de son organisation.* » (Mintzberg, 2020).

Le cadre a une fonction centrale dans l'organisation avec les rôles qui lui sont attribués mais souvent non perçus voire invisibles. En effet, « *la coordination des actions, l'encadrement des équipes, l'organisation de travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin* ». (De Singly, 2009). Paule Bourret<sup>41</sup> confirme ces propos dans son ouvrage, *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*. En effet, le cadre dans son travail, amortit, récupère, rattrape, rationalise, négocie les règles, arbitre. Ces activités présentent « *la particularité de ne laisser aucune trace visible en extériorité* » (Bourret, 2006). L'auteur ajoute une notion importante à l'aspect invisible des activités du cadre de santé. Elle précise qu'elles peuvent être « *invisibles* » car ne se finalisent pas par quelque chose de palpable quand elles sont faites. Elles ne deviennent visibles finalement qu'en leur absence car cela aboutit à une désorganisation, un manque de matériel, d'effectif par exemple.

Nous notons aussi que le terme de cadre de santé, se voit remplacer et prend le terme de manager. Le manager est celui qui « *gère de la complexité, organise, contrôle. Il est dans l'opérationnel.* » Finalement il est ce que nous venons de définir du cadre de santé. Il lui est aussi associé des compétences de leader. Le leader est défini comme celui qui « *gère le changement, motive, crée le sentiment d'appartenance, et celui de reconnaissance* » (Dejoux, 2013). Cette compétence serait un atout essentiel pour le cadre de santé pour répondre au contexte incertain.

Après avoir vu le cadre et son rôle, nous allons voir le concept de management et comment il est utilisé en fonction des situations et de l'objectif escompté par le cadre/manager.

---

<sup>39</sup> I.Sainsaulieu : Sociologue et Docteur en science politique.

<sup>40</sup> L'autorité est « *la capacité d'une personne d'engendrer une action chez une autre personne sur la base de la reconnaissance conférée à la première d'entre elles* » (J-P D. , 2021)

<sup>41</sup> P. Bourret : Infirmière, cadre de santé formatrice et docteur en sociologie

## 2.3.2 Le management

### A- La naissance du management et sa définition actuelle

Les prémices du management sont arrivées au XXème siècle avec le Taylorisme. À cette époque, Taylor parvient à augmenter la productivité en soumettant les employés à des tâches répétitives au sein d'un travail posté qui ne nécessite pas de prise d'initiative. Il basait son management sur plusieurs principes dont :

- « **une division horizontale du travail** » : les ouvriers effectuaient des tâches répétitives et très limitées
- « **une division verticale du travail** » : avec la présence d'une séparation entre le travail de conception et d'exécution ainsi que la présence d'une hiérarchie pour penser le travail. (Vie publique, 2019)

Devant le découragement de certains employés face à ce travail à la chaîne plusieurs théoriciens se sont intéressés aux relations que l'individu avait à l'emploi. Aussi le management a évolué au fil des années et est devenu l'art d'être en relation avec les agents au travail pour permettre d'atteindre un certain niveau de performance.

J.-M. Revillot<sup>42</sup> le définit comme « *une gestion faite de prospectives, de prévisions, de stratégies, de tactiques, de programmes et de plans. Le cadre recherchera des objectifs fondés sur l'adhésion du groupe et l'effort de persuasion* » (Revillot J.-M. , 2016).

### B- Les différents types de management

Plusieurs styles de management ont été identifiés en fonction de la posture du manager :

- Le **management directif** : engendre des consignes strictes et autoritaires, les collaborateurs n'ont aucun regard sur les décisions prises.
- Le **management persuasif** : il reste aussi autoritaire et accorde un peu plus d'autonomie aux agents. Le manager persuade les collaborateurs du bienfondé des décisions prises par l'organisation
- Le **management délégitif** : le manager confie des missions aux collaborateurs dans le but de responsabiliser de façon balisée dans le temps et dans l'espace.
- Le **management participatif** : le manager crée une relation de confiance et implique les équipes dans la prise de décision. Il reconnaît leur expertise dans la prise de décision.
- Le **management agile** : le manager fera preuve d'adaptation en fonction des situations et des agents.
- Le **management situationnel** : le cadre adapte son management en fonction de la situation rencontrée et aux collaborateurs qu'il aura en face de lui. (Revillot J.-M. , 2016).
- Le **slow management** : l'objectif du manager sera « *d'ajuster son temps à son but réel et un niveau d'exigence donné* » (Weinberg, 2016).

Nous nous devons de noter qu'il y a une part de subjectivité dans le management, l'affect étant mis en jeu. En effet, « *la fonction exige de décider, d'organiser, d'arbitrer, et d'autres verbes de l'agir par de la responsabilité, tandis que le sujet (la personne) qui l'incarne produit des affects* » (Lasseaux, 2019).

---

<sup>42</sup> J.-M. Revillot : Cadre de santé, Maître de conférences en sciences de l'éducation

Le cadre de santé choisira son mode de management en incarnant son rôle avec ce qu'il est et comment il perçoit la fonction de manager, mais également ce qu'il souhaite pour ses collaborateurs.

### C- Les limites du management

Les limites du management seraient finalement qu'« *aucun modèle de management ne pourra éliminer l'incertitude* » (Revillot J.-M. , 2016).

C. Dejourné le spécifie dans sa définition du « *travail vivant* », en expliquant que le travail commence par l'épreuve du réel. Le réel, comme vu ci-dessus implique une résistance dans la tâche prescrite. Le manager devra faire face quotidiennement aux imprévus et construire son management dans l'incertitude. Nous pouvons donc nous poser la question : est-ce qu'un type de management pourrait permettre d'avancer dans l'incertitude du monde hospitalier ? D'autant plus que nous voyons le besoin de repenser notre fonctionnement car, à ce jour, l'impact est important sur les collaborateurs.

En incluant ce contexte incertain, imprévu, trouverions-nous le profil du « bon » manager pour un « bon » management ?

Marc Lasseaux<sup>43</sup>, nous trace le portrait du manager idéal qui aurait des qualités d'écoute, de communication, de loyauté, d'animation. Néanmoins, être un « bon » manager implique l'idée d'être celui qui est « *suffisamment bon* » selon D. Winnicott<sup>44</sup>, mais en soi pour M. Lasseaux, cela relève « *d'un fantasme, celui du Moi idéal* » (Lasseaux, 2019).

Le management dépendrait également des collaborateurs placés sous notre responsabilité et des demandes de notre hiérarchie.

### D- Qu'en est-il du manager d'aujourd'hui ?

Aujourd'hui, nous demandons aux managers de devenir des leaders. Nous entendons par « leader », l'individu qui pourra « *adopter les comportements adéquats et d'actionner les bons leviers pour motiver, influencer, donner envie aux personnes de leur équipe d'avancer vers un but commun* » (Becker, 2018).

Pour E. Le Gall, « *Un bon leader est quelqu'un qui apprend à se connaître lui-même* » (RHsolution, 2023). Là encore, nous remettons en lumière, l'importance d'une identité professionnelle connue et reconnue.

Une étude de 2017 ( étude BVA<sup>45</sup> ) menée sur 700 000 collaborateurs montre « *qu'un bon leader limite le stress et favorise la motivation* » (RHsolution, 2023).

Dans le contexte actuel des organisations, le leader devra être à même d'apprendre à gérer les émotions de ses collaborateurs pour les aider à s'adapter à cette organisation complexe générant un stress, une perte de sens, une démotivation et par conséquent un départ massif des professionnels de santé. Dans le management participatif par exemple, le manager reconnaît ses collaborateurs, car il les implique dans l'organisation, il pourra à ce moment prendre la mesure de leurs besoins. Ils exprimeront lors de ces moments d'échanges, leur façon de repenser leur propre organisation pour améliorer leur qualité de vie au travail.

---

<sup>43</sup> M. Lasseaux : Psychanalyste, membre du Groupe de recherche appliquée sur l'accompagnement des managers (GRAAM).

<sup>44</sup> D. Winnicott : Pédiatre et psychanalyste britannique

<sup>45</sup> BVA Group : Société d'études et de conseil, spécialiste de l'analyse comportementale

Dans l'environnement incertain, une des solutions proposées par C. Dejours pour repenser le travail en souffrance dans les organisations, est de mettre en place une « *coopération verticale* » (Dejours, 2012). Un management, qui sera au service des individus et du travail. L'analyse du travail en lui-même, en demandant aux collaborateurs leur avis sur la question, reprend les principes du management participatif. En partant des collaborateurs qui connaissent le travail, il est plus simple de l'analyser, de repenser l'organisation et par conséquent d'améliorer la QVCT. Le manager pourra le faire en adoptant une ouverture d'esprit et en s'intéressant aux individus non plus comme une ressource mais plutôt comme « *une richesse* » (RHsolution, 2023).

Nous pouvons entrevoir que la mise en place d'un management participatif pourrait éventuellement répondre aux besoins des collaborateurs dans le contexte actuel.

### 2.3.3 Le management participatif

#### A- Son histoire

Le management participatif est né dans les 1950. Il prend source dans les travaux de A. Maslow, qui nous explique « *l'impossibilité de motiver les salariés et d'encourager l'estime de soi si les besoins primaires ne sont pas assurés, et notamment la sécurité de l'emploi ou des salaires faibles couvrant peu ou pas assez les besoins physiologiques* ». Et pour cela, il « *prône un management participatif pour permettre aux salariés de s'accomplir* » (Dauphin, 2011). Nous voyons donc en lien avec notre première partie, que le management participatif serait celui qui permettrait de répondre à la démotivation, à la perte d'estime de soi des collaborateurs.

Ces travaux se recoupent avec ceux de F. Herzberg (*The Motivation to Work*, en 1959) qui portent sur l'enrichissement des tâches au travail. Ces réflexions l'ont amené à proposer de diminuer le contrôle exercé sur les salariés, « *de réduire les strates hiérarchiques et de donner de la responsabilité et des initiatives aux niveaux inférieurs* » (Dauphin, 2011). L'initiative pourrait être ici le fait de proposer des axes de réflexions dans la pratique professionnelle au quotidien. Les collaborateurs sont des experts dans leur métier et permettent de recueillir des informations pertinentes pour revoir les pratiques.

Ce management bien que théorisé depuis 1950, ne prendra forme qu'en 1980 dans les entreprises. (Revillet J.-M. , 2016)

A ce jour, le management participatif est le fait d' « *impliquer les salariés dans le processus de prise de décisions et dans la résolution de problèmes* » (Dégallaix, 2020).

Plus récemment en 2013, dans son rapport « Le pacte de confiance pour l'hôpital », E. Couty<sup>46</sup>, propose « *la démarche participative à tous les niveaux, basée sur la reconnaissance des acteurs, et à travers des actions d'information et de concertation* » (Couty, 2013). Il pense que ce mode de management doit être utilisé de la direction aux équipes car il permettrait de redonner confiance aux collaborateurs dans l'institution publique mais aussi de « *reconnaître les professionnels, de les motiver* » (Couty, 2013).

#### B- La participation : l'outil du cadre de santé participatif

Pour I. Sainsaulieu, les cadres de santé sont en quête de méthodes participatives, dont le premier intérêt est « *la valorisation du travail effectuée à 94%* ». Il spécifie également que « *les moyens participatifs sont tous plébiscités à plus de 60 % en moyenne* » (Sainsaulieu, 2008).

---

<sup>46</sup> E. Couty : Conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes

Il y a un réel intéressement des collaborateurs autour du participatif, sous différentes formes « travaux de groupe », « participation à des projets », « élaboration d'outils », « projet de soin de l'unité », « retours positifs collectifs par affichage », et, de façon réitérée, « soutien dans un projet/formation ».

Dans ce management, la relation manager et managé doit s'établir sur la confiance des deux parties et le développement de la communication.

Philippe Colombat<sup>47</sup>, cancérologue et pionnier dans l'instauration du management participatif, dit que « *l'hôpital s'en sort mieux quand les managers font confiance à leurs équipes* » (Picard, 2021). Son objectif était de répondre à la déshumanisation des soins et à l'épuisement des soignants.

Le manager participatif se mêle à l'équipe soignante, il valorise le personnel, le statut et la coopération avec les médecins. La relation avec ses équipes est « *médiatrice entre le monde social et l'individu* » (Revillot J.-M. , 2016)

Le recours aux moyens participatifs est une question déterminante, que ce soit avec la reconnaissance du travail bien fait, la désignation d'agents référents, l'entretien avec les personnes en cas de nécessité, la diffusion large de l'information ou la participation du personnel à l'élaboration du projet de service.

Pour mettre en place un management participatif, nous pouvons nous référer à cinq grands principes (Dauphin, 2011) :

- **La mobilisation de tous** : ce principe note l'importance de prendre en compte l'ensemble de l'équipe dans la participation.
- **La délégation et la concertation** : favorise l'autonomie, et reconnaît les collaborateurs dans leur domaine
- **L'importance du développement personnel** : accompagner les professionnels au développement des compétences et à la valorisation de l'individu, ce qui leur permet de répondre à leur besoin.
- **La résolution de problèmes réattribuée** : le collaborateur est expert dans son travail et est à même de trouver des solutions en adéquation avec son métier.
- **L'autorégulation** : le manager doit cadrer le management participatif pour que les conflits n'apparaissent pas ou du moins puissent se réguler. L'autorégulation explicite aussi la mise en évidence du droit à l'erreur. Le droit à l'erreur est une notion qui est apprise lors de la simulation en santé dans les instituts de formation en soins infirmiers par exemple. C'est aussi une culture de l'amélioration de la qualité au travers des fiches d'évènements indésirables.

a- Les avantages du management participatif

Nous pouvons dire que ce management permet d'instaurer un climat convivial et développe le « bien-être » au travail. Il permet de valoriser et reconnaître les collaborateurs en les intégrant à la prise de décision.

En reconnaissant les collaborateurs au travers de ce fonctionnement, nous améliorons leur implication, leur fidélisation dans l'institution et par conséquent leur performance. En effet, le management participatif a « *un impact positif sur la productivité et la créativité* » (Dégallaix, 2020).

Il ouvre la voie à l'intelligence collective de l'équipe, en s'appuyant sur « *l'expression de l'individualité de chaque participant* » (Revillot J.-M. , 2016).

---

<sup>47</sup> P. Colombat : Professeur en hématologie et président de l'Observatoire de la qualité de vie au travail des professionnels de santé en 2021 (Picard, 2021).

Ce type de management permet aussi une autonomie pour les collaborateurs dans la mise en place de projet.

Même s'il nous montre de nombreux avantages, il comporte quelques limites et nécessite un cadre de fonctionnement.

#### b- Les limites du management participatif

Le management participatif, pour être utilisé doit reposer sur le respect des contrats décidés par la majorité et relayés par le manager. Le manager reste celui qui tranche ou accepte le consensus proposé par les équipes. Par conséquent, cela prend aussi un temps considérable du fait de l'attention et l'écoute portée à chacun pour recueillir leurs opinions. En recherchant l'avis de tous les collaborateurs, le manager allongera par conséquent le processus de décision, en attendant de trouver un consensus commun ou de prendre une décision. Il peut s'avérer ici non efficace dans la gestion de période de crise immédiate, où le temps de trouver un consensus peut être délétère dans la prise en charge des patients.

Les collaborateurs doivent également adhérer à ce fonctionnement, « *si la participation est imposée, le risque d'échec est probant* » (Revillot J.-M. , 2016).

Dans ce fonctionnement il est possible que tout le monde ne soit pas complètement en adéquation avec la réponse finale, ce qui peut engendrer des difficultés dans la gestion de l'équipe. Les professionnels peuvent également vouloir participer à un projet, un groupe plutôt qu'un autre, suivant le sujet. Cela nous montre une limite pour impliquer l'ensemble du collectif.

Une composante à prendre en compte dans le management participatif est la hiérarchie du manager. En effet, le cadre de santé est aussi soumis à un supérieur, une direction qui peut imposer des décisions et ne pas laisser la place au fonctionnement d'un management participatif.

Pour conclure notre cadre de référence, nous avons abordé plusieurs thématiques pour comprendre les notions en relation avec notre objet de recherche.

La dimension du travail est ici à prendre en compte car notre sujet est abordé dans ce contexte. F. Bénichoux<sup>48</sup> nous explique de plus l'importance du travail pour l'individu et nous dit que « *le travail est une source d'épanouissement, de rencontres et d'accomplissement. Il permet à l'homme de se réaliser, de se surpasser et de faire des choses que l'on croyait impossible. Il participe à la construction de la personnalité [...] à condition que l'homme soit motivé, qu'il ait de véritables responsabilités, qu'il accomplisse un travail de qualité, qu'il soit reconnu pour son savoir-faire et soutenu par ses pairs* » (Bénichoux, 2014).

Au vu des éléments exposés dans notre cadre de référence, la reconnaissance nous apparaît alors comme un élément essentiel pour l'institution. Cela se démarque aussi comme un levier afin que le CDS puisse redonner du sens à ses équipes, les remotiver et les fidéliser. Bien plus que cela, elle implique de prendre en compte l'individu et touche donc à l'identité professionnelle et l'estime que le collaborateur a de lui-même. La reconnaissance deviendrait alors nécessaire dans un contexte de travail défini comme contraint et incertain. Elle devra néanmoins s'adapter à chaque individu au sein du collectif, les besoins en termes de reconnaissance n'étant pas les mêmes pour tous les collaborateurs. C'est à ce moment qu'interviendrait le CDS et ses compétences en termes de management.

Cela nous amène donc à la seconde partie de ce mémoire, qui va nous permettre de confronter la théorie au vécu des professionnels de santé.

---

<sup>48</sup> F. Bénichoux : Docteur en médecine et en sciences politiques.

### 3 QUESTION DE RECHERCHE

Après des premiers questionnements ainsi qu'une phase exploratoire qui nous ont amené à étudier notre objet de recherche au travers de lectures comprenant des ouvrages, articles, rapports, ...

Nos nouvelles connaissances sur le sujet confirmeraient la nécessité de la mise en application de la reconnaissance au sein de nos institutions. Nos apports théoriques nous orientent également sur le fait que reconnaître les collaborateurs redonnerait du sens au travail, de la motivation aux équipes.

Ces constatations, nous posent donc la question du rôle et des compétences du cadre de santé dans ce contexte pour permettre d'identifier et de répondre à ces besoins. Cela nous amène alors à approfondir notre question de départ en définissant une question de recherche.

**Dans un contexte sanitaire hospitalier contraint et incertain, dans quelle mesure le cadre de santé peut-il répondre à une demande croissante de reconnaissance de la part de ses collaborateurs ?**

Pour y répondre, nous émettons les hypothèses suivantes :

**Hypothèse 1** : La mise en œuvre d'un management participatif incluant les collaborateurs dans des projets permet au cadre de santé de répondre à la demande croissante de reconnaissance

**Hypothèse 2** : Le cadre de santé en développant des compétences de leader, permet de répondre au besoin de reconnaissance des collaborateurs.

Dans la partie qui suit, nous décrirons la méthodologie de recherche.

## 4 METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Après avoir posé une question de recherche et des hypothèses, nous allons les confronter à la réalité de terrain pour les vérifier.

Pour ce faire, nous allons enquêter auprès de professionnels de santé à savoir des cadres de santé, mais aussi auprès d'infirmier(e)s.

Dans cette partie, nous vous présenterons la méthodologie de recherche utilisée pour mener notre enquête.

### 4.1 Le choix de l'outil

Nous avons pris le parti d'utiliser deux outils pour notre enquête.

D'une part, il nous a semblé pertinent de questionner les cadres de santé au travers de 4 entretiens semi-directifs. Ceci dans le but d'obtenir des informations qui nous permettraient de comprendre le phénomène de reconnaissance au travail.

Et d'autre part, au travers de questionnaires, nous avons souhaité obtenir des informations auprès des infirmier(e)s pour les confronter avec les réponses apportées par les cadres de santé. Le but étant également de recueillir leur perception de la reconnaissance au travail, mais aussi les notions de sens et de motivation.

#### 4.1.1 L'entretien semi-directif

Nous avons choisi d'utiliser l'entretien comme méthode d'enquête qualitative. Cette méthode d'investigation est une technique qui donne un « *rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations* » (Blanchet & Gotman, 2015).

En effet, par des questions formulées par le chercheur, l'entretien cherche à recueillir le point de vue de l'acteur, son expérience, sa logique tout en restant dans la thématique.

Les informations recueillies dans les questions ouvertes, laissent place aux idées de l'individu interrogé et permettent de recueillir des données qualitatives.

Notre thème, qui porte sur la reconnaissance au travail, tient pour une part de subjectivité, l'entretien semi-directif nous a semblé alors approprié.

Pour l'élaboration du guide d'entretien (cf. Annexe 3), nous poserons des questions par thème en fonction de ce que nous souhaitons explorer. Nous avons aussi prévu dans notre stratégie d'intervention des relances. Ces dernières nous permettront d'approfondir la réponse ou les explications données par les cadres interviewés.

Les thèmes porteront sur les éléments de notre cadre de recherche et sur les hypothèses formulées.

#### 4.1.2 Le questionnaire

Nous avons choisi d'utiliser un questionnaire auprès des infirmier(e)s en complémentarité de notre enquête auprès des cadres de santé.

Le questionnaire a pour but de recueillir des données auprès d'un grand nombre d'individus mais aussi de connaître une tendance dans un contexte donné et à un moment donné. Les données collectées seront quantifiables, néanmoins les résultats ne seront exploitables qu'à la condition d'obtenir un minimum de cinquante retours. Nous avons fait le choix de poser des questions par thème pour faciliter son exploitation. De plus, chaque question est corrélée avec une interrogation de la grille d'entretien cadre pour permettre une analyse plus fluide.

L'avantage du questionnaire auprès des infirmier(e)s est qu'il permettra de garantir l'anonymat. En effet, cela aurait pu être un frein pour certains professionnels ne souhaitant pas donner leur ressenti sur des questions pouvant impliquer un tiers et notamment leur hiérarchie.

Pour l'élaboration des questionnaires, nous nous sommes appuyé sur la méthodologie des questionnaires de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.

Nous allons à présent vous exposer nos critères pour le choix du lieu de l'enquête et la population ciblée.

## **4.2 Le choix du lieu de l'enquête et de la population ciblée**

### **4.2.1 Les lieux de l'enquête**

Nous avons choisi de mener l'essentiel de notre enquête au sein du secteur hospitalier public. Nous avons également décidé d'inclure un entretien au sein d'un établissement sanitaire privé car ce dernier développe actuellement une politique de fidélisation et d'attractivité auprès des professionnels de santé. Cela nous a donc paru pertinent d'aller interroger un cadre de santé de cette structure.

Nous trouvons également judicieux de pouvoir mettre en corrélation les différents entretiens des structures, et de ce fait observer si la notion de reconnaissance est évoquée de la même façon, mais aussi de voir les différences pouvant apparaître entre le sanitaire public et privé (même si le nombre d'entretiens n'étant effectivement pas suffisamment représentatif).

En ce qui concerne le questionnaire destiné aux infirmier(e)s, nous le déploierons sur différents établissements hospitaliers publics et en parallèle sur l'établissement privé.

Le besoin de reconnaissance pouvant être évoqué dans tous les secteurs d'activités, nous n'avons pas souhaité exclure un service en particulier. Nous avons donc interviewé des cadres de médecine, de soins de suite et de réadaptation dans un des hôpitaux. Dans le deuxième hôpital, nous avons pu interroger une cadre d'unité de soins palliatifs, ce secteur d'activité nous a paru être une plus-value pour notre recherche. En effet, il nous a semblé que le besoin de reconnaissance, le sens au travail devaient avoir un sens bien particulier dans cette spécialité.

Pour ce qui est du déploiement des questionnaires infirmier(e)s, il en a été de même sur notre raisonnement, nous n'avons exclu aucun service.

### **4.2.2 La population enquêtée**

Notre travail de recherche fait appel à des situations vécues, qui incluent le management du cadre de santé et son rôle auprès de ses infirmier(e)s. Nous souhaitons donc recueillir des données auprès de ces deux catégories professionnelles. Dans un premier temps, des entretiens seront menés auprès des cadres de santé diplômés et exerçant depuis environ une année au moins en secteur de soins. Nous avons fait également le choix d'interviewer une cadre de santé hors secteur public hospitalier pour voir si le contexte de travail et les attentes en terme de reconnaissance étaient les mêmes. Nous avons souhaité que ce professionnel soit issu d'un secteur d'activité nécessitant de devoir gérer, comme les autres CDS interrogés, des personnels infirmiers, des aides-soignants ainsi que le suivi de lits d'hospitalisation.

Dans un second temps, des questionnaires seront envoyés aux infirmier(e)s, afin d'obtenir un retour quantitatif, nous faisons donc le choix de n'exclure aucun infirmier(e)s qui souhaiterait

répondre au questionnaire. D'autant plus que nous avons évoqué que la reconnaissance se retrouve dans le contexte de travail en général, ce qui n'impose pas de devoir définir un service particulier. Nous avons pu mettre également cela en évidence lors de notre phase exploratoire.

Pour les entretiens et les questionnaires, nous avons préalablement demandé l'accord aux directions des soins des différents établissements.

La diffusion des questionnaires sera faite par voie électronique (Google forms) à l'ensemble des infirmier(e)s exerçant à l'hôpital public, une information des professionnels sera faite préalablement à la diffusion. Les questionnaires seront relayés en format papier sur l'établissement privé à la demande de la direction. Nous avons donc déposé l'ensemble des questionnaires dans le poste de soins. Les infirmier(e)s nous ont rendus leur réponse via une bannette mise à leur disposition. L'intérêt de cette double diffusion était de pouvoir faire une comparaison entre les réponses du secteur hospitalier public et celles du privé, et donc de mesurer la demande de reconnaissance, ses formes et sa perception.

Les entretiens seront enregistrés avec l'accord des personnes interrogées. Pour ce qui est de garantir l'anonymat, l'ensemble des professionnels sera identifié sous un pseudonyme. Les questionnaires seront également anonymisés et séparés entre le secteur public et privé.

Dans la partie suivante nous allons donc vous présenter l'enquête de terrain.

## 5 L'ENQUETE DE TERRAIN

### 5.1 La typologie de la population interrogée

#### 5.1.1 Les entretiens

Nos enquêtes de terrain ont donc été effectuées auprès de quatre cadres de santé dans des secteurs de médecine exclusivement.

Par souci d'anonymat, nous avons fait le choix de renommer les cadres interrogés. Vous trouverez dans un tableau de synthèse ci-dessous les différentes informations des cadres interviewés avec leur fonction, leur ancienneté dans la fonction, le nom pour le dépouillement, le service d'activité, l'ancienneté dans le service ainsi que la durée de l'entretien.

Au total, nous avons une moyenne d'ancienneté dans le diplôme de huit années.

Fonction	Ancienneté de diplôme	Nom pour dépouillement	Secteur	Service	Ancienneté dans le service	Durée des entretiens
CDS	14 ans	Laura	Public	Hépatogastro	11 mois	45 min
CDS	10 mois	Bénédicte	Public	Soins de suite et de réadaptation	10 mois	39 min
CDS	4 ans	Olivia	Public	Unité de soins palliatifs	1 an	36 min
CDS	12 ans	Virginie	Privé	Soins de suite et de réadaptation	6 ans	30 min

Tableau 3 : Identification des CDS interrogées lors de l'enquête de terrain

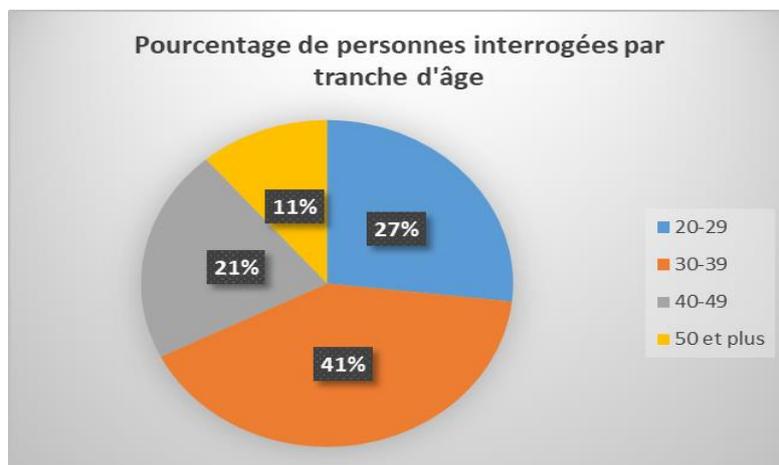
Les cadres interrogées sont uniquement des femmes âgées entre 40 et 50 ans. Elles ont également toutes effectué un an d'enseignement en IFCS et ont été faisant fonction avant leur entrée en formation.

Trois des quatre cadres enquêtées travaillent en secteur hospitalier dont deux dans le même groupe hospitalier. La quatrième cadre interrogée quant à elle exerce au sein d'un établissement privé.

Nous avons fait le choix de ne pas mettre un critère d'inclusion en nombre d'années d'exercice dans la fonction, en pensant que la reconnaissance au travail pouvait s'exercer dès la prise de poste. Nous avons cependant obtenu un panel assez large en ce qui concerne les années d'exercice chez les cadres de santé.

#### 5.1.2 Les questionnaires

Pour le secteur hospitalier, nous avons recueillis 71 réponses réparties entre 66 femmes et 5 hommes. Ils sont âgés de 23 à 66 ans (cf. graphique ci-dessous) et ont obtenu leur diplôme entre 2010 et 2019 (54%).



La moitié des répondants exercent leur activité en secteur de médecine et les reste est partagé entre les urgences, le bloc, la psychiatrie, et la chirurgie. Et enfin, 36.6% des personnes questionnées sont au sein de leur service depuis au moins deux ans et 28.2 % entre 5 et 15 ans.

Pour ce qui est du secteur privé, nous avons obtenu 16 réponses sur 24 soit plus de la moitié des infirmier(e)s. Ceux-ci ont été diplômés pour 43% entre 2010 et 2020.

Les répondants sont âgés entre 27 et 58 ans et exercent dans la structure depuis moins de 2 ans ou alors entre 5 et 15 ans.

Nous allons maintenant, vous exposer la méthode utilisée pour analyser les entretiens et les questionnaires et ainsi recueillir les données interprétables pour tenter de répondre à notre question de recherche et à nos hypothèses posées.

## 5.2 La méthode de l'analyse

Afin d'analyser les entretiens, nous les avons, dans un premier temps, retranscrits intégralement à la suite des rendez-vous. Nous avons fait le choix d'indiquer les relances et les postures des cadres interrogés quand elles étaient significatives. Vous trouverez en annexe de ce mémoire deux des quatre retranscriptions. (Cf. Annexe 5)

Dans un second temps, nous avons mis en évidence les *verbatim* qui nous paraissaient en lien avec les thèmes de notre mémoire et en relation avec les hypothèses suggérées. Nous les avons donc catégorisés et ensuite classés dans une grille par thèmes et sous-thèmes de façon à permettre une analyse thématique croisée des données. (Cf. Annexe 6)

Pour l'analyse des questionnaires, nous avons été aidé de l'outil Google forms qui nous a présenté en diagrammes les réponses transmises. Nous avons souhaité tout au long de l'analyse mettre les réponses en corrélation avec les éléments donnés par les cadres de santé. Nous verrons dans ce cas, si le ressenti des cadres est confirmé ou non par les infirmier(e)s.

Nous allons premièrement faire ressortir les éléments marquants des entretiens et des questionnaires puis dans un deuxième temps nous vous présenterons notre retour en lien avec les résultats de l'enquête, le cadre de référence, notre question de recherche et nos hypothèses.

## 6 RESULTAT DE L'ENQUETE DE TERRAIN

Nous allons donc passer à l'analyse par thème, du contexte actuel au management, en passant par la reconnaissance, le sens au travail et la motivation.

### 6.1 Le contexte de travail

#### 6.1.1 Le constat des cadres de proximité

Le contexte hospitalier actuel est globalement qualifié de « *tendu* » et « *dégradé* » par les cadres travaillant au sein du secteur public.

Laura : « *Tendu et puis compliqué* »

Bénédicte : « *Nous sommes à flux tendu dans tous les services* »

Olivia : « *Moi ça fait 21 ans que je suis dans la fonction publique, les choses sont quand même bien dégradées depuis environ 10 ans* ».

Le contexte de travail semble cependant être plus facilité dans le secteur sanitaire privé comme nous l'indique Virginie : « *Alors comparativement au service hospitalier ici on a le matériel nécessaire et les effectifs on n'est pas limité dans la demande de remplacement* ».

Nous avons néanmoins un point commun relevé par l'ensemble des cadres de santé qui est le manque d'effectif infirmier(e)s.

Laura : « *On nous demande de prendre en charge les patients avec des effectifs de plus en plus difficile à obtenir* », « *On n'arrive plus trop à recruter* ».

Bénédicte : « *il y a beaucoup plus d'absentéisme* »

Olivia : « *les effectifs on essaye de nous les diminuer. Donc on a une revue des effectifs assez régulier, régulièrement* »

Virginie : « *c'est vraiment plus dans le personnel infirmier pour en trouver c'est plus difficile et là on rejoint le service hospitalier* ».

Il est intéressant de voir que les cadres manquent d'effectif et que en effet les infirmier(e)s considèrent à 56,3% le contexte hospitalier comme incertain.

Nous pouvons trouver des éléments de réponses dans les entretiens qui pourraient expliquer aussi le départ des soignants comme la crise sanitaire. En effet, nous notons aussi que certaines cadres parlent de la crise Covid comme d'un élément impactant dans le contexte de travail actuel.

Olivia : « *Les équipes sont quand même en grande difficulté. Il y a eu la période Covid, on a eu la supervision partout parce que c'était compliqué mais ça s'est arrêté après le Covid* ».

Bénédicte : « *Et puis les soignants ils ont beaucoup donné dans cette crise. Je pense qu'ils se sont épuisés* »

Une autre information donnée par les cadres de santé est que la charge de travail a réellement augmenté dans tous les secteurs hospitaliers.

Laura : « *Ils n'ont pas le temps de s'arrêter* »

Bénédicte : « *Donc il y a une charge de travail qui est énorme et le personnel est resté constant. Donc cela est beaucoup plus compliqué pour les soignants* »

Olivia : « *C'est déjà assez compliqué de travailler à l'hôpital, auprès des patients, des familles qui sont de plus en plus compliquées* »

Dans le questionnaire, nous avons laissé la possibilité aux infirmier(e)s de commenter le contexte actuel. Voici les propos qui viennent confirmer les dires des cadres concernant la charge de travail et le manque de personnel.

Infirmier(e)s : « *Manque de soignants* », « *surcharge de travail* », « *Épuisement professionnel* », « *Charge de travail trop évaluée* », « *la pénurie de soignants se fait ressentir* », « *charge de travail lourde et manque de personnel*. *On nous rajoute des choses à faire sans pour autant augmenter le personnel* », « *sous-effectif, service lourd* ».

Cette augmentation de la charge de travail impacterait, selon Laura, le travail et aussi le soignant lui-même.

En effet, elle ajoute également « *ils n'ont pas le temps de s'arrêter* », « *Ils n'ont pas le temps de s'arrêter. Ils passent parfois à côté de certaines choses et donc bien un désinvestissement, une démotivation. On a le burn out, on a les sous effectifs, le manque de lits* ».

Si on le met en corrélation avec les réponses des infirmier(e)s, ils sont environ 90% à être d'accord pour dire que le contexte actuel influence leur façon de travailler. Ils argumentent leurs réponses avec les propos suivants : « *Lorsque nous sommes en sous-effectif, nous avons la sensation de bâcler notre travail* », « *La charge de travail et le binôme qui nous accompagne influencent le temps passé auprès du patient* », « *Les conditions de travail actuelles engendrent une fatigue psychique, physique importante* ».

La question se pose alors de connaître le moyen de fidéliser les professionnels et de rendre attractif les organisations.

### **6.1.2 Unanimité autour de l'attractivité et la fidélisation**

Les quatre cadres interrogées sont toutes d'accord pour dire qu'il y a un besoin de fidéliser les équipes et de rendre attractif nos institutions.

Virginie : « *Et bien c'est tout à fait d'actualité, d'autant plus des difficultés de recrutement infirmier* »

Bénédicte : « *C'est essentiel en fait* »

Olivia : « *Alors fidéliser les gens aussi, je pense que ça dépend aussi dans quels services ils sont et avec qui ils travaillent, parce que si l'ambiance de travail est bonne, je pense qu'on arrive à fidéliser les gens* »

Laura : « *C'est un besoin réel* », « *Ce n'est même pas nécessaire, c'est presque obligatoire aujourd'hui* ».

La fidélisation des équipes questionne les cadres de santé sur différents axes :

#### **- la qualité des soins**

La fidélisation des équipes permettrait pour les cadres de garder en poste des personnels ayant la connaissance des pratiques professionnelles, et du fonctionnement du service pour garantir une prise en soins de qualité.

Laura : « *C'est évident que le turnover dans les équipes, c'est compliqué parce que on a aussi besoin dans les équipes d'un socle de gens d'expérience* ».

Bénédicte : « *Enfin moi je trouve qu'une équipe stable, bah... la prise en charge du patient elle est quand même, euh améliorée* ».

#### **- l'épuisement des professionnels en poste**

Cela aurait également une influence sur le cadre et l'équipe, notamment en termes d'épuisement pour ces professionnels qui doivent, en parallèle, former constamment de nouveaux collaborateurs. Bénédicte nous dit pour confirmer cela que : « *fidéliser effectivement parce que l'on n'a pas envie de reformer des nouvelles infirmières régulièrement parce que cela nous prend beaucoup de temps. Cela prend aussi beaucoup d'énergie pour l'équipe* ».

### - **L'investissement dans le bon fonctionnement du service**

En effet, le turnover impacterait aussi l'organisation des soins selon Bénédicte : « *Quand il y a beaucoup de turnover, on n'est pas dans la même dynamique. Et on le voit quand on a des vacataires, euh, l'investissement n'est pas le même dans le service. Le vacataire va s'en tenir aux soins à effectuer, mais il ne va pas s'investir dans le service* ». On pourrait même en déduire au travers de ces propos que cela aurait une influence sur la qualité de vie au travail.

L'attractivité et la fidélisation des professionnels de santé semblant être essentielle pour l'avenir, les cadres nous indiquent qu'elles-mêmes et leurs institutions tentent d'effectuer des actions en ce sens. En effet, la CDS du secteur privé nous dit que son institution en a pris conscience et se mobilise pour rendre sa structure attractive et fidéliser son personnel.

Virginie : « *Le groupe de travail a été mené par le siège, face aux difficultés. Voilà, ils ont travaillé là-dessus parce qu'ils se sont bien rendus compte, qu'il y avait une difficulté de recrutement euh, ... Et puis une difficulté par rapport à la fidélisation sur les établissements* ».

A l'hôpital public nous trouverons : des journées d'accueil des nouveaux arrivants, des livrets d'accueil, des logements et aussi une attention particulière portée aux étudiants pour qu'ils reviennent travailler dans l'établissement. Laura : « *On agrippe les nouveaux soignants les étudiants qui passent en stage en 3e année* »

Olivia : « *Il y a des belles choses qui sont mises en place, euh. Il y a l'accueil des nouveaux arrivants avec une journée où tout le monde se retrouve des nouveaux arrivants où on leur représente l'hôpital machin. Il y a des choses un peu conviviales* »

Nous voyons donc que les institutions mettent des dispositifs en place pour être attractives et fidéliser le personnel mais pour une des cadres interrogés cela ne paraît pas suffisant et le contexte est encore vu comme incertain. Pour Laura, il faudrait que d'autres choses soient mises en place pour permettre cela.

Laura : « *La fidélisation il va falloir y travailler. Cela va passer par, une revalorisation éventuellement financière aussi sur le travail, et une amélioration des conditions de travail* ».

Il est intéressant de faire un parallèle avec le privé qui lui semble avoir des dispositions à être attractif, le tout serait de les mettre en avant. Virginie l'évoque au travers des propos suivants : « *l'idée c'est de fidéliser, de mettre en avant tout ce qu'il y a au sein de notre structure que ce soit en terme de matériels, de conditions de travail, de qualité de vie au travail* »

Enfin, Laura termine par dire que pour être attractif cela passe par des changements plus profonds : « *Il va falloir qu'à un moment, on rende nos métiers attractifs et que l'on pérennise nos effectifs et ça ne passe que par une reconnaissance* ». Selon Laura, la reconnaissance serait alors un élément qui permettrait de garder des individus fidèles à nos institutions.

Il serait donc important de s'intéresser à fidéliser le personnel car pour les infirmier(e)s enquêtés 60% ont souhaité quitter leur travail dans les douze derniers mois dans le public et 50 % dans le secteur privé.

En attendant de trouver des solutions les cadres s'adaptent au contexte en modulant leur management.

### **6.1.3 Un management qui s'adapte au contexte quand il est contraint**

Le management des cadres interrogés semble influencé par le contexte de manque d'effectif infirmier. À ce sujet, Laura nous dit qu'« *on a un tel turn-over, que déjà nous cela nous oblige à adapter notre management en accompagnant davantage.* »

Et Bénédicte : « *je trouve que l'on ne peut plus manager de la même façon* »

Et quand, ils l'adaptent c'est notamment en l'axant sur le côté humain, Laura le signifiait en disant qu'elle accompagnait davantage quant à Olivia c'est en étant disponible pour les équipes. Olivia : « *Et ils savent que s'ils ont besoin qu'il ne faut pas hésiter ma porte est ouverte. Ils viennent me voir. Déjà je pense que ça c'est important déjà pour rassurer sur l'avenir de l'hôpital* ».

Ces éléments nous montrent l'importance du cadre pour former, informer, rassurer les soignants dans le contexte actuel.

Il y a aussi pour Bénédicte l'importance du collectif : « *je dirais aussi qu'il faut travailler avec ton équipe, sur la mutualisation* ».

Pour Virginie, le contexte actuel n'a pas d'impact sur son management car elle n'évoque pas de difficulté particulière, elle ne ressent pas les mêmes contraintes que dans le secteur hospitalier : « *Alors comparativement au service hospitalier ici on a le matériel nécessaire et les effectifs on n'est pas limité dans la demande de remplacement* ».

Pour conclure sur le contexte de travail, nous avons vu que celui-ci est en souffrance et fait face à différentes problématiques, que la crise sanitaire a continué d'accentuer. Le secteur hospitalier public semble plus impacté que le secteur privé au vu des éléments d'entretiens relevés auprès de Virginie.

Nous avons constaté aussi que les cadres de santé évoquent spontanément les notions de sens au travail, de motivation et de reconnaissance quand nous évoquons leur contexte hospitalier.

Bénédicte : « *C'est le but aussi de ces formations. C'est de redonner du sens au travail* »

Olivia : « *ça ne motive pas les gens à rester, les ambiances de travail comme cela* ».

Nous allons donc maintenant aborder le sens au travail et la motivation

## **6.2 Sens au travail et motivation des professionnels un lien étroit ?**

Dans notre enquête de terrain, nous avons évoqué le sens au travail ainsi que la motivation. Dans chacun des entretiens nous avons remarqué que l'un a souvent été corrélé avec l'autre. Nous allons alors apporter une analyse sur chacun d'entre eux.

### **6.2.1 Le sens au travail**

#### **A- L'importance du sens au travail dans la prise en charge des patients**

Le point prédominant de tous les entretiens est que pour les cadres de santé, les professionnels trouvent du sens au travail dans la prise en charge des patients.

Laura : « *À adapter ces prises en charge aux patients autant que possible. Je pense que le sens, ils le trouvent dans une réponse adaptée aux besoins du patient, en dehors du soin aussi, s'adapter à la culture, les habitudes de vie autant que possible* »

Bénédicte : « *Redonner du sens à l'équipe déjà c'est de les impliquer dans la prise en charge du patient* »

Olivia : « *Et puis l'équipe soignante a vraiment sa part de proposition, elle est force de proposition dans tout ce qui est fait autour du patient* »

Virginie : « *En fait, c'est se rendre compte que le travail réalisé permet aux patients de progresser. Se rendre compte que je pense que tout ça, ça donne du sens, c'est se rendre compte qu'ils sont utiles et qu'ils font progresser le patient et que tous les retours positifs des patients et les familles, au-delà de l'encadrement* »

Nous voyons donc que les soignants trouveraient du sens au travail dans ce que nous nommons dans notre cadre de référence le « *jugement d'utilité* » (Coutrot, 2021).

Nous pouvons le confirmer au travers des réponses apportées par les questionnaires. En effet, 90 % des infirmier(e)s trouvent que leur travail a du sens. Nous leurs avons demandé de donner un exemple et ce qui ressort pour les trois quarts d'entre eux, c'est que le sens au travail, ils le trouvent dans la prise en charge des patients, « *Bonne prise en charge des patients* », « *Pour ma part la prise charge des patients avec bienveillance* », « *Je soigne des patients en souffrance* ».

Le cadre de santé a donc une attention particulière à porter au maintien de la qualité des soins et à leur organisation car ses collaborateurs perdent le sens de ce qu'ils font quand ils estiment que la qualité des soins n'est pas satisfaisante. Comme nous le dit Laura : « *On a des soignants qui perdent leur sens qui se trouvent en difficulté, qui n'ont pas l'impression de faire bien leur boulot parce qu'ils n'ont pas le temps de parler aux patients* ».

Le sens émerge de la possibilité de questionnement des pratiques professionnelles, selon Bénédicte « *De plus, elles requestionnent leur prise en charge et ça leur redonne du sens* ».

Cela passe dans un premier temps par la compréhension des pratiques professionnelles. C'est un point qui semble nécessaire et qui est soulevé par plusieurs cadres, comme Virginie : « *je pense que mettre du sens au travail et comprendre pourquoi est-ce que l'on fait, oui, c'est important* », « *Expliquer le but d'une action euh, ça donne du sens* ».

Cette compréhension, ce sens on peut également le trouver dans la réflexion commune autour des prises en charge selon Olivia : « *Et puis l'équipe soignante a vraiment sa part de proposition, elle est force de proposition dans tout ce qui est fait autour du patient* ».

Nous voyons donc l'importance de la place de chacun dans la prise de décision autour du bien-être du patient.

#### B- Le rôle du cadre dans le sens au travail de ses collaborateurs

Pour trois des cadres, celles-ci pensent avoir un rôle important dans le sens que les équipes mettent dans leur travail. Cette idée est confirmée par les infirmier(e)s, 70 % d'entre eux considèrent que le management de leur cadre de santé a une influence sur le sens qu'ils donnent à leur travail.

Bénédicte nous dit qu'au travers des formations qu'elle a mis en place en fonction des besoins des professionnels cela leur a permis de retrouver du sens en mettant à jour de leur connaissance : « *Je pense que c'est à nous d'impulser un petit peu de positif pour leur redonner du sens. Et moi, ces petites formations, pour moi c'était la façon de leur redonner du sens* ». Dans ces propos, nous voyons que le sens au travail serait rattaché au fait de monter en compétence pour améliorer les pratiques.

C'est aussi là qu'intervient l'attention que doit porter le cadre sur l'écart entre le « *travail prescrit* » et « *le travail réel* » car c'est dans cet écart que se construit le sens au travail.

Il s'agit alors pour le cadre d'être clair dans sa demande, vérifier la compréhension de ses attendus et de constater les résultats obtenus pour réajuster sa stratégie au besoin. Pour Virginie, « *Le sens de leur travail c'est vraiment la compréhension, où se joue leur rôle et de voir l'efficacité, la progression du malade et la reconnaissance du malade* ». Elle précise ces propos avec les *verbatim* suivants : « *En fait bien comprendre donne du sens à ce qu'ils font, mais pour ça pour moi il faut vraiment essayer d'expliquer clairement les choses pour que le soignant comprenne ce que l'on attend de lui et le pourquoi on attend cela de lui, et en fait pour le patient en général* ».

Nous faisons le lien avec les formations mises en place par Bénédicte qui finalement permettent aux soignants de comprendre au mieux leur prise en charge et les compétences à avoir.

Par ailleurs, Olivia nous dit qu'elle redonne également du sens en motivant les soignants au quotidien : « *si on n'est pas motivé on ne peut pas trouver du sens à son travail déjà* ».

Il convient donc de voir ce que disent les cadres et les infirmier(e)s sur la motivation au travail.

## 6.2.2 La motivation des soignants

Les cadres de santé nous donnent différents éléments qui motiveraient les équipes soignantes et qui répondraient à leurs besoins.

Pour ce qui est de la motivation générée par l'appartenance au collectif, Bénédicte nous parle des moments de communication interpersonnelle au sein de l'équipe comme élément de motivation, « *Il y a un échange qui se fait dans l'équipe et puis ça redynamise l'équipe* ». Olivia l'évoque aussi à travers des moments de convivialité : « *Puis aussi on partage les temps repas, on mange tous ensemble, médecin, cadre, psychologue, et toute l'équipe. On mange tout le temps ensemble. C'est un temps en dehors du travail, c'est off, on ne parle pas forcément du travail, mais c'est un moment important aussi* ».

Il y a aussi la motivation par la montée en compétence ou les apprentissages reçus comme le fait Bénédicte : « *En fait, on a, voilà, toutes les semaines on impulse une formation nouvelle. Alors ça redonne un petit peu de clinique aussi on va travailler sur de la pathologie mais ça redonne aussi un peu de dynamique à l'équipe* ». Cette dernière met également en place des références au sein du service, « *Et du coup j'essaye de les motiver avec leur référence, donc individuellement je les motive comme ça* ».

Les cadres de santé tentent de répondre aux besoins des agents pour les motiver. Elles mettent alors en place différentes stratégies :

### - l'écoute et le soutien

Bénédicte « *En fait je suis dans l'échange continu avec l'équipe. Je suis dans une proximité parce que je peux me le permettre dans ce service* »

Virginie « *il faut aussi beaucoup d'écoute beaucoup de soutien* », « *Et en fait, je pense que toute cette écoute, et toute cette communication permet effectivement de maintenir une motivation au sein d'une équipe* ».

### - la reconnaissance de l'investissement dans les projets

Laura « *je les investis. Ça vient d'eux. Ça vient d'eux, je signale partout que ça vient d'eux, et c'est eux que je mets en avant, ce n'est pas moi* ».

Olivia « *En fait euh, moi ce que j'ai apporté, euh, justement, du temps auprès d'eux* »

Virginie « *Effectivement, bien, je vais voir la problématique que ça a soulevé. Donc c'est beaucoup de participation pour les motiver et beaucoup d'écoute, euh... et d'échanges en fait* »

### - la prise en considération de l'individu

Olivia « *C'est une équipe très bienveillante vis-à-vis de moi, comme moi je peux l'être d'eux* »

Bénédicte « *Et du coup, j'essaye de les motiver avec leurs références, donc individuellement je les motive comme ça* »

### - la valorisation et la reconnaissance de la personne

Virginie : « *je vais le valoriser en le reconnaissant verbalement devant la personne* »

Laura : « *je signale partout que ça vient d'eux, et c'est eux que je mets en avant, ce n'est pas moi* ».

En parallèle, quand nous regardons les questionnaires des infirmier(e)s, nous voyons que les cadres ont bien compris ce qui pouvait donner de la motivation aux agents dans le secteur public. En questionnant les IDE sur ce qui était l'objet principal de leur motivation au travail :

- 25% souhaitent augmenter leur estime personnelle,
- 20% veulent réussir à atteindre leurs objectifs,
- 17% désirent appartenir aux collectifs

- 16% veulent être reconnu.
- 15% dans la prise en charge des patients

Ces éléments se recourent à peu près que ce soit dans le public ou dans le privé.

Cependant dans le privé, les infirmier(e)s expriment pour 22%, rechercher quant à eux la motivation au travers du patient ce qui est adéquat avec le fait que leur principale source de motivation au travail est le métier donc ce qui nous fait penser à la prise en charge des patients.

Nous voyons que le cadre de santé a tout intérêt à réfléchir à des ressources et des stratégies pour motiver ses collaborateurs car 86 % sont d'accord pour dire que leur cadre de santé influence leur motivation au travail.

Pour conclure cette partie, dans les différents entretiens, quand nous abordons les notions de sens au travail et de motivation, ces deux concepts s'imbriquent dans la pensée des cadres de santé.

Pour toutes les personnes interrogées, ces deux notions vont de pair et sont même complémentaires : l'absence de sens induit l'absence de motivation et vice-versa. Laure et Bénédicte ont des propos similaires qui veulent que : « *S'il n'y a pas de sens de toute façon tu n'es pas motivé, mais cela peu importe ta fonction* ».

Alors que pour Olivia : « *si on n'est pas motivé on ne peut pas trouver du sens à son travail déjà* ».

Virginie évoque quant à elle que : « *C'est tout un mélange pour donner en fait une envie de faire son travail correctement* »

D'autre part les propos d'Olivia nous permettent également d'identifier un autre vecteur de motivation qui est l'attrait porté par le service lui-même : elle nous dit que « *l'on ne vient pas travailler en soins palliatifs parce qu'on a vu qu'il y avait une place là, allez tiens on y va. C'est des gens qui étaient motivés* » Cela correspond bien à la première source de motivation des soignants qui est le « *jugement d'utilité* ».

Après avoir interrogé les cadres sur le sens au travail et la motivation de leurs agents, nous allons dans la partie suivante reprendre le concept de la reconnaissance et la vision des cadres à ce sujet.

### 6.3 La reconnaissance

Les cadres n'ont pas eu l'air étonné quand nous avons abordé le sujet de la reconnaissance au travail, Virginie nous dit avec un rictus : « *Il y a déjà 10 ans c'était le cas* ».

Nous leurs avons dit avoir lu dans la littérature professionnelle que les soignants étaient en recherche de reconnaissance, Bénédicte le confirme sur le terrain : « *Oui, effectivement. Il y a une forte demande de reconnaissance* », ainsi qu'Olivia : « *Je pense que c'est important la reconnaissance. Je pense que, moi j'ai travaillé beaucoup avec, euh, des soignants, qui était en manque de reconnaissance professionnelle* ».

Bénédicte précise aussi que la crise sanitaire a donné à un certain moment, l'espoir d'être reconnu mais finalement, ils l'attendent encore, « *Je pense que c'est, que ça a été aussi avec la crise COVID, il y a eu de la reconnaissance temporaire. Et puis les soignants ils ont beaucoup donné dans cette crise. Je pense qu'ils se sont épuisés et ils attendent que cette reconnaissance elle revienne* ».

### 6.3.1 Une reconnaissance mais par qui ?

Au travers des entretiens, les cadres ont identifié plusieurs sources de reconnaissance.

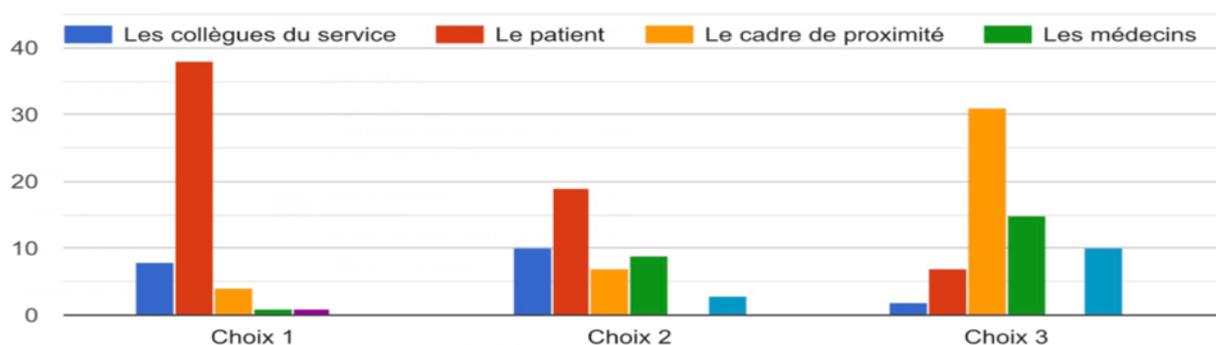
#### A- La reconnaissance des patients : 1ère source

La reconnaissance, les soignants la reçoivent des patients, ce qui les conforte dans leur sentiment d'utilité et montre une prise en charge satisfaisante.

Laura nous dit : « *on a même des patients qui reviennent dire merci, régulièrement* ». De plus, c'est une reconnaissance selon Virginie que les professionnels de santé recherchent : « *Ils attendent la reconnaissance du patient* ».

Si nous faisons le lien avec le questionnaire diffusé auprès des infirmier(e). La personne qui leur apporte en premier de la reconnaissance, c'est le patient. Elle arrive en premier avec 38 réponses, devant les collègues (8) et la cadres de santé (4). Cette réponse arrive également devant le reste des propositions dans leur deuxième choix (cf. diagramme ci-dessous)

**14. Parmi les propositions suivantes, quelles sont les personnes qui vous apportent ce sentiment de reconnaissance ? (Choix multiples possible, classez les de la personne qui vous apporte le plus de reconnaissance à celle qui vous en apporte le moins)**



Et cela semble leur convenir car 73% d'entre eux disent être satisfait d'être reconnu par ces personnes.

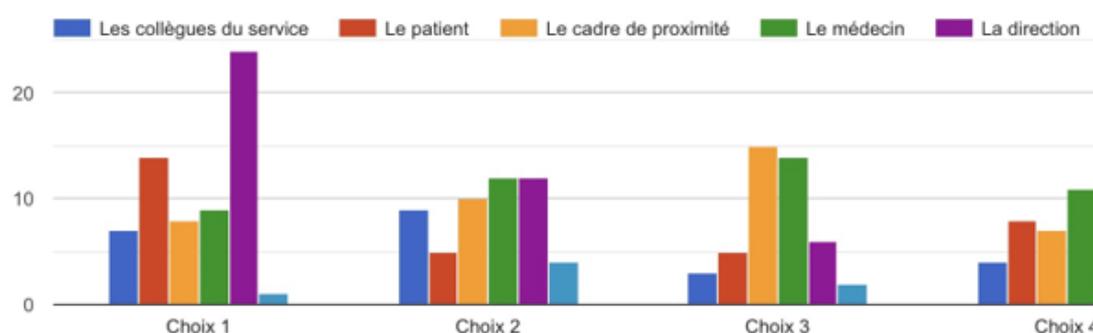


## B- D'autres sources de reconnaissance

La reconnaissance des collègues est très peu évoquée dans les entretiens des cadres de santé cependant même si elle ne ressort pas comme premier choix dans les questionnaires, elle arrive en deuxième position pour les agents. (Cf. diagramme ci-dessus)

La reconnaissance du cadre de santé serait aussi attendue par les professionnels. Cela nous a surpris car nous avons noté lors des entretiens que deux cadres de santé sur quatre ont évoqué ne pas forcément connaître ce que les infirmier(e)s attendaient comme reconnaissance de leur part « *il faudrait les rencontrer pour savoir exactement ce qu'ils veulent* » (Virginie), « *Il faudrait leur demander* ». (Bénédicte).

De plus même si elle n'apparaît qu'après, la reconnaissance des médecins est désirée par le corps paramédical. En effet, à la question par qui d'autre voudriez-vous être reconnu ? Le médecin apparaît très régulièrement même s'il n'est pas le premier choix. (Cf. diagramme ci-dessous)



## C- Une institution publique qui se fait remarquer par son absence de reconnaissance

En effet, toutes les cadres du secteur hospitalier public sont d'accord pour dire qu'elles ne ressentent pas de reconnaissance de la part de l'institution, comme avec cette phrase emblématique de Bénédicte : « *la reconnaissance de l'établissement on ne la perçoit pas* ».

Cette absence de reconnaissance est marquante d'autant plus que si nous faisons le parallèle avec la demande des infirmier(e)s. A la question « Par qui d'autre voudriez-vous être reconnu ? 40% d'entre répondent la direction.

Seule la cadre du secteur privé a une institution qui met en place une politique de reconnaissance : « *Je pense que oui, on est dans cette démarche* ». C'est aussi celle qui en parallèle travaille sur la fidélisation de ses agents « *il y a un groupe de travail justement qui a été mené sur l'attractivité, la fidélisation du personnel* »

Selon deux cadres, certaines institutions ne semblent pas disposées à faire preuve de reconnaissance vis-à-vis de leurs professionnels de santé, ce qui ne les empêchent pas de témoigner à leur niveau, et sous différentes formes, cette reconnaissance.

Virginie : « *Il est normal pour moi de reconnaître son travail et du coup de l'aider le jour où il est dans difficulté* »

Laura : « *j'essaie d'être souple. Pour moi c'est une manière de maintenir une bonne ambiance et aussi de reconnaître* »

Nous allons développer les formes de reconnaissance dans la partie suivante.

### 6.3.2 Quelles formes prend la reconnaissance des collaborateurs ?

La reconnaissance du travail et des personnes peut prendre différentes formes.

Il y a tout d'abord la reconnaissance de la personne, c'est-à-dire la reconnaissance existentielle.

Cette reconnaissance passe entre autre par les différents moyens que l'institution met à disposition du salarié, tel que permettre aux soignants de bénéficier d'un endroit correct pour se restaurer ce qui n'est pas toujours le cas : « *Et vous avez vu la taille des salles de repos ? Ne serait-ce que ça c'est un signal envoyé aux équipes, c'est terrible. Ils sont dans un placard. Cela passe par là aussi la reconnaissance, les conditions de travail. Quelle place on laisse aux soignants ?* » (Laura). Cette dernière estime que les conditions de travail seraient un des critères premiers de fidélisation de la nouvelle génération de soignants : « *les jeunes, les conditions de travail ne les intéressent pas, ils s'en vont, et ils vont voir ailleurs* ».

La reconnaissance existentielle passe aussi par la considération que va porter le cadre de santé à la vie personnelle de ses collaborateurs. C'est un élément que Virginie met en place dans son management : « *une reconnaissance aussi quand ils sont dans le besoin c'est-à-dire, quelqu'un qui a besoin de se reposer* » ; tout comme Laura : « *les efforts au quotidien et également dans la gestion du planning. C'est une reconnaissance de la vie personnelle des agents* », « *On a un métier difficile il faut le reconnaître, difficile sur le plan personnel et sur son plan professionnel* ».

Les cadres apportent aussi de la reconnaissance personnelle en étant à l'écoute des professionnels, et en exerçant un management de proximité mais aussi en les valorisant.

Elles vont pour cela utiliser des moyens comme :

- les **remerciements** : « *j'attache de l'importance à les remercier* », « *je vais le valoriser en le reconnaissant verbalement devant la personne* », « *Après la forme de reconnaissance c'est oral, les remercier quand ils débloquent, et puis effectivement le jour où ils ont besoin c'est leur dire : Ne vous inquiétez pas je vais trouver une solution* ».
- l'**écoute** : « *je suis dans l'écoute, cela est pour moi aussi une forme de reconnaissance* ».
- la **valorisation** : « *Plutôt de la valorisation. Individuelle et puis collective [...] je vais plutôt les valoriser de façon collective.* »
- la **montée en compétence** : « *Que je puisse lui apporter aussi les formations nécessaires dont il a besoin.* »

Le cadre a très peu de moyens d'exercer une forme de reconnaissance financière. En effet, c'est seulement dans la structure privée enquêtée qu'il existe un système de valorisation financière.

Virginie : « *on a un système de points de compétence [...] c'est une valorisation salariale* ».

Pour autant, cette reconnaissance salariale est une forte de demande du personnel public (73% pour les infirmier(e)s interrogés sur ce secteur). Ainsi, Laura nous dit que : « *Alors aujourd'hui la reconnaissance, elle passe aussi par les salaires je trouve, c'est une forme de reconnaissance. Que d'augmenter les salaires et de les reconnaître à la valeur de la pénibilité, du nombre d'études, de la responsabilité* »

La façon de reconnaître des cadres de santé semble en grande partie répondre aux attentes des infirmier(e)s. Ils disent à 63% être d'accord avec la reconnaissance apportée par leur encadrement. Il y a tout de même 37 % qui considèrent que cela ne leur convient pas, ce qui reste une part importante. Pour expliquer cela nous le mettons en corrélation avec le fait qu'ils attendraient à 57% que leur cadre reconnaisse davantage leurs efforts.

Ce qui nous amène à la forme de reconnaissance suivante qui est celle de l'investissement. Les cadres de santé le mettent en avant dans l'accroissement de la charge évoquée dans le contexte actuel comme Laura : « *En termes de reconnaissance, eux ils sont plutôt sur du personnel en fait. Du personnel*

*parce qu'ils mettent en avant leur charge de travail et la lourdeur du service. Elles sont plus en demande de personnels, car elles pensent que l'on ne se rend pas compte de la charge de travail. C'est donc une reconnaissance des efforts fournis au quotidien »* ou encore Virginie : *« Personnellement, je pense que de toute façon, euh, l'être humain en général a besoin de reconnaissance du travail réalisé »* et Bénédicte : *« Après de façons individuelles c'est plutôt par rapport à leur référence, à leur investissement dans le service mais ça va être aussi au quotidien »*.

Nous avons également la reconnaissance des compétences, ou encore de la pratique au travers du travail bien fait. De ce fait, toutes les cadres s'accordent pour dire qu'elles reconnaissent les compétences de leurs collaborateurs.

Olivia le fait par la nomination des professionnels sur des références dans le service par exemple : *« Il faut les valoriser à travers des choses, des missions », « je l'ai mis en avant pour qu'elle soit la référente des étudiants, et elle a eu une autre position que ce qu'elle avait quand moi je suis arrivée. Eh bien, cela l'a valorisée, cela l'a ouverte, et elle a commencé à s'ouvrir »*.

Virginie quant à elle l'exerce au travers des points de compétences : *« Moi, je l'utilise cette règle là, ça s'appelle quand même des points de compétence, pour moi, ça doit valoriser l'investissement, l'implication d'un agent »*

Cela nous donne à voir que la reconnaissance par les compétences valorise les agents dans leur fonction et de ce fait ils se sentent reconnu.

Une autre des reconnaissances évoquées et celle des résultats, elle passerait ici par leurs valorisations selon Bénédicte : *« Et j'ai eu les résultats aujourd'hui et je leur ai dit qu'apparemment ils étaient l'un des meilleurs services de l'hôpital »*. Et cela peut se faire de façon individuelle, comme le fait Virginie : *« quand je vois des progrès au fur et à mesure, quand je vois des progrès dans leur organisation de travail, individuellement je veux dire. L'organisation de travail, les progrès dans la traçabilité »* ou encore de façon collective comme Bénédicte : *« Essayez de les valoriser sur un travail collectif mais aussi individuellement »*.

Après avoir vu la reconnaissance dans les établissements et par les différents acteurs qui la mettent en place, nous allons voir quelle influence la reconnaissance opère chez le professionnel et dans l'organisation.

De plus, il semble important d'y porter une attention car elle ne semble pas correspondre aux infirmier(e)s, qui disent pour 70% d'entre eux ne pas se sentir reconnu dans leur établissement.

### **6.3.3 L'influence de la reconnaissance sur le travail**

Lors de notre enquête de terrain, les cadres ont évoqué spontanément le besoin de reconnaissance des personnels. Pour les cadres interviewées, le fait de reconnaître les agents influence **le sens** qu'ils donnent à leur travail.

Laura le fait par exemple au travers **des remerciements à des membres de son équipe** : *« J'ai remercié l'infirmière en question personnellement au travers du mail. C'est ça aussi de trouver du sens, c'est avoir le retour de ce qu'on fait »*.

Selon les cadres interrogées, les soignants trouvent du sens au travail à travers le niveau de qualité des prises en soins et les retours que leur font les patients :

*« Le sens de leur travail c'est vraiment la compréhension, où se joue leur rôle et de voir l'efficacité, la progression du malade et la reconnaissance du malade »* (Virginie). *« Ils reçoivent beaucoup de petits mots après le départ des patients, de cadeaux parce que voilà il y a beaucoup d'écoute. Donc ils font ça pour récompenser l'équipe. »* (Olivia).

Un peu plus loin dans les entretiens, les cadres nous parlent aussi de la reconnaissance comme un moyen de **motiver** les professionnels.

Il s'agit alors de valoriser :

- **les résultats obtenus** : « *Le fait de faire de l'audit ça relance en fait régulièrement et je ne pense pas qu'ils le prennent comme un flicage mais plutôt comme un moyen de se redynamiser. Enfin moi je leur ai exposé les choses comme ça. Et je le travaille comme ça au quotidien. Et puis ils sont hyper fiers d'eux en fait [...] On veut voir aussi un petit peu les résultats de notre travail car c'est encourageant* » (Bénédicte).
- **l'individu** : « *je vais le valoriser en le reconnaissant verbalement devant la personne.* » (Virginie)
- **l'effort fourni** : « *Ce sont les remerciements. C'est l'implication, dans les projets* » (Laura)

Nous voyons ici que l'implication dans les projets c'est-à-dire les capacités de management du cadre de santé exercent une influence sur le sentiment de reconnaissance des soignants.

En synthèse, la reconnaissance du cadre de santé et des patients serait un levier de motivation et de sens au travail, cependant les CDS évoquent des limites à la reconnaissance des professionnels.

### 6.3.4 Les limites

Au décours des entretiens, nous avons pu voir que la reconnaissance par le cadre de santé présente aussi des limites.

Laura évoque les contraintes liées à la continuité des soins, « *Même s'il y a une infirmière qui me demande un RTT et que je ne peux pas, pour la continuité de service je ne la donne pas. Même si je trouve que j'essaie d'être souple. Pour moi c'est une manière de maintenir une bonne ambiance au travail et aussi de reconnaître* ». Dans son *verbatim*, nous voyons aussi que la limite qui lui est imposée par la continuité de service permet de garantir une ambiance de travail sereine, ce qui n'est pas négligeable dans le contexte actuel.

Pour Bénédicte les limites de la reconnaissance sont celles qui peuvent être imposées par une direction, « *La reconnaissance après, on peut le faire dans son service mais si plus haut, il n'y a pas vraiment de reconnaissance* ».

La dernière limite commune aux deux derniers cadres concerne la limite induite par l'individu. Nous avons celle du côté de l'agent c'est-à-dire que pour Olivia, elle ne pourra pas reconnaître un individu si le besoin de reconnaissance n'est pas évoqué, « *Je ne peux pas être reconnaissante si au fond de moi il n'y a pas besoin de reconnaissance* ».

Et plutôt une limite du côté du cadre pour Virginie, elle estime, en effet, qu'elle pourrait prendre plus de temps pour accompagner ses agents.

Nous allons donc aborder dans la partie qui suit le management du cadre de santé.

## 6.4 Le management des cadres de santé

### 6.4.1 Un manager, plusieurs styles

Dans notre enquête, nous avons souhaité connaître le mode de management des cadres de santé pour en comprendre le fonctionnement et ses répercussions sur les soignants.

Un point commun à toutes les cadres c'est que peu importe le management utilisé, elles nous disent devoir à un moment donné utiliser le management **directif**.

Laura le voit comme un moyen de redonner un cadre : « *c'est aussi à nous de donner des limites et de donner un cadre, de rappeler le soin* », tout comme Virginie : « *Je me suis rendue compte que cet agent-là, effectivement il fallait que je sois beaucoup plus directive* ». Bénédicte quant à elle le voit comme une façon

d'imposer une certaine rigueur : « *j'aime qu'il y ait une certaine rigueur dans le travail, dans le service et ça je pense qu'ils le suivent aussi* ».

Si les cadres pensent parfois devoir utiliser ce management, les IDE enquêtés estiment quant à eux que ce n'est pas un style de management qui permettrait de les reconnaître. En effet, dans notre questionnaire nous avons interrogé les infirmier(e)s pour savoir quel était selon eux le management qui entraînerait chez eux un sentiment de reconnaissance. Dans les 71 réponses du questionnaire diffusé à l'hôpital et les 14 réponses reçues dans celui diffusé dans le secteur sanitaire privé, le management directif n'apparaît jamais.

Durant les entretiens, d'autres modes de management sont évoqués par les cadres de santé. Laura utilise un management plutôt **situationnel** : « *je m'adapte autant que possible. On s'adapte aussi aux gens* », « *Oui c'est ça, je m'adapte de façon fonctionnelle et conjoncturelle, mais surtout je m'adapte aux équipes* ».

Bénédicte pratique pour sa part un management tourné vers le **collaboratif** : « *je travaille en collaboration avec les médecins et avec mon équipe* » mais aussi parfois **déléгатif** : « *de leur confier des missions pour qu'ils se sentent aussi... qu'ils aient envies de s'investir aussi* » pour investir les équipes dans le service.

Olivia passe également par l'utilisation d'un management déléгатif en confiant des références : « *C'est important aussi ça valorise les gens quand on leur délègue certaines choses. Par exemple moi ici j'ai une infirmière qui est référente des plannings, parce que c'est valorisant pour la personne. Il faut les valoriser à travers des choses, des missions* ».

Il y a un management que nous retrouvons aussi comme point commun à toutes les cadres, c'est le management **participatif**.

Olivia nous en parle spontanément quand nous abordons la notion de management : « *Participatif, aussi parce que je pense les décisions pour un service c'est en aucun cas, un cadre tout seul qui doit prendre des décisions parce que au quotidien c'est quand même un peu les soignants qui sont auprès des patients, qui connaissent le mieux les pratiques et que c'est important* ». Virginie l'aborde également d'emblée : « *Alors, je suis très dans le management participatif* ».

Bénédicte l'évoque de façon indirecte : « *J'espère plutôt bienveillant, plutôt de proximité. Je souhaite vraiment être au cœur, faire partie de l'équipe, mais bien sûr tout en ayant ma place de cadre. Mais, être intégrée à l'équipe pour pouvoir les faire participer, et les impliquer dans le service* ». Laura le fait selon elle, en leur laissant de l'autonomie : « *J'essaie au maximum de les laisser libre de leurs décisions d'équipe. J'interviens si cela ne fonctionne pas ou encore s'ils me le demandent* ».

Si nous faisons le parallèle avec l'enquête menée auprès des infirmier(e)s, nous pouvons constater que le management participatif est celui qui permettrait au cadre de reconnaître leurs agents pour 75% d'entre eux.

Nous voyons que pour manager, il s'agit d'utiliser un panel de styles en fonction de l'objectif poursuivi par le cadre de santé. Par ailleurs, bien plus qu'un « style », c'est une posture que le cadre devra adopter pour permettre à ses collaborateurs de se sentir reconnu.

Nous allons donc voir la posture du cadre face à des équipes en demande de reconnaissance dans la partie suivante.

## 6.4.2 La reconnaissance des agents : une question de posture du cadre de santé

Grâce à notre enquête de terrain, nous avons pu recueillir les techniques que mettent en œuvre les cadres de santé pour exercer leur management au quotidien.

Les techniques se trouvent dans la posture adoptée, comme **l'équité** pour Laura : « *J'essaie d'être équitable* », ou encore **la rigueur** pour Bénédicte : « *voilà tout en étant rigoureuse dans le travail* ».

Elles utilisent également beaucoup **l'écoute, la disponibilité** pour leurs équipes.

Laura : « *Je suis dans l'écoute, cela est pour moi aussi une forme de reconnaissance* ».

Bénédicte : « *je suis plutôt après voilà dans un management plutôt disponible, à l'écoute* »

Olivia : « *je suis cadre mais je suis là pour faciliter la vie de mon équipe. Donc je suis très à l'écoute de mon équipe, je prends du temps avec eux* ».

Virginie : « *Il faut que vous soyez vous-même bienveillante et bien traitante et à l'écoute des soignants que vous encadrez* ».

On retrouve aussi dans les *verbatim* d'Olivia et de Virginie, les notions de **bienveillance, et bienveillance**. Olivia nous dit alors : « *être dans la communication, dans la bienveillance* ».

Nous remarquons au travers des entretiens que se sont beaucoup de notions qui prennent en compte **le côté humain** des soignants. Les cadres interrogées cherchent toutes à **prendre soin** de leurs équipes.

Cela demande un ajustement permanent pour être ni trop proche ni trop éloigné des équipes : « *Pour être un bon cadre, savoir mettre de la distance* » (Olivia). « *J'espère plutôt bienveillant, plutôt de proximité. Je souhaite vraiment être au cœur, faire partie de l'équipe, mais bien sûr tout en ayant ma place de cadre* » (Bénédicte).

Nous nous posions justement la question de savoir quelles étaient les limites auxquelles les cadres étaient confrontées dans leur management :

- **la position hiérarchique du cadre** : « *Ils ont toujours quand même cette impression que le cadre ne fait pas confiance, c'est pour ça qu'il contrôle le travail* » (Virginie)
- **l'impossibilité de tout contrôler** : « *Et en tant que cadre, on ne peut pas tout contrôler* ». (Olivia)
- **les difficultés face au manque d'effectifs** : « *Car en effet il y a des fois où on n'est pas bienveillant, parce que quand on fait venir les gens. Et qu'on leur dit : « c'est comme ça et ce n'est pas autrement » est-ce qu'on peut considérer ça comme du bienveillant* » (Laura).

Pour tenter de répondre à nos hypothèses, nous avons souhaité connaître deux éléments de management qui, selon nous, pourrait aider le cadre à reconnaître ses collaborateurs. Nous abordons donc ces sujets dans la partie qui suit.

## 6.4.3 Le cadre est-il un leader ?

Lors de notre enquête nous avons interrogé la perception des cadres de santé sur la notion de leader.

Cette notion n'est pas perçue de la même façon par toutes les cadres interrogées. Une d'entre elle y accorde une valence péjorative et donc ne s'identifie pas à ce terme. Olivia, le leader est vu comme un individu autoritaire : « *Je trouve que de ne pas fonctionner comme ça, ça fait très autoritaire, ça fait vraiment leader dans ce cas-là. Là on est dans le leader, la personne qui contrôle tout* ». Il est intéressant de voir que de plus, elle est la seule cadre qui ne pratique pas de management directif auprès de ses collaborateurs.

Pour Bénédicte le leader sera plutôt celui qui va impulser une dynamique au sein de l'équipe : « *Ça va être oui, impulser des petites choses, et que ce soit l'équipe qui le travaille ensemble* », il va donc être dans la collaboration avec ses équipes. C'est donc un fonctionnement que pratique Bénédicte au quotidien.

Pour Laura et Virginie, le leader sera celui qui est présent, qui rassure, qui amène son équipe vers l'avant. Il porte également un intérêt certain aux individus qui composent son équipe, que ce soit pour les rassurer, les motiver, ou encore les reconnaître « *Et donc là le rôle du leader il est important aussi pour leur faire comprendre que même si vous êtes discret je vous entends* » (Virginie).

Nous voyons donc que quand le cadre estime que le leader est un élément fédérateur pour l'équipe, il peut alors devenir un élément de compétence à développer pour le cadre.

Nous avons souhaité également connaître leur point de vue sur l'implication des professionnels de santé dans les projets au sein de l'institution ou du service.

#### 6.4.4 Le management participatif

Les cadres sont unanimes pour dire que l'intégration des collaborateurs autour de projets à mener au sein du service est essentielle et répond au besoin de reconnaissance :

Olivia : « *Ab bah oui. Totalement.* »

Virginie : « *Ab le fait qu'ils participent à un projet ? Ab bien oui* »

Bénédicte : « *Bah, oui, parce qu'ils n'ont pas l'impression d'être des exécutants* »

Pour Olivia, impliquer les soignants dans les projets, c'est les aider à trouver un consensus et donc des règles de fonctionnement. Elle met en avant dans ses *verbatim* l'importance du collectif dans la prise de décision commune : « *On se pose, on réfléchit tous ensemble. Dans les bonnes comme pour dans les mauvaises situations, c'est moins sympathique, mais c'est ça une équipe c'est ensemble. Un cadre il fait partie d'une équipe. Le cadre il n'est pas à côté de l'équipe* ».

Nous voyons dans ses propos que cela demande également au cadre de s'impliquer lui-même en **se considérant comme un membre de l'équipe**.

Bénédicte la rejoint également sur ce point de vue : « *L'idée c'est plutôt que l'on échange tous ensemble, sur comment on peut améliorer certaines pratiques et pas que toutes les 2 de notre côté* ».

Pour Bénédicte, la concertation de l'ensemble des professionnels dans les projets généraux est importante mais très peu appliquée au niveau de l'institution : « *Il est très minime. Bah sur les grosses décisions d'établissement, nous au niveau des cadres on a peu d'impact, on n'a pas toujours les informations* ». Elle l'institue néanmoins à son niveau dans son service : « *par contre pour mon équipe, je fais en sorte qu'eux soient inclus dans les projets du service. Pour moi c'est à l'équipe de travailler ensemble, donc on le travaille toujours ensemble. On se questionne tous ensemble sur des projets de service, donc j'inclus tout le monde, c'est-à-dire de façon pluri professionnelle (la médecin, l'ergo, ...)* ».

Pour Virginie, l'implication dans les projets **met en avant les compétences des soignants**. En effet, en les incluant, elle tient compte de leur expertise du terrain pour prendre les décisions : « *On ne peut pas mettre en place des projets pour un service sans travailler avec les gens du terrain, cela n'est pas possible. Quel que soit le degré en fait il faut toujours prendre en compte les gens du terrain, de l'opérationnel en fait pour pouvoir s'assurer qu'effectivement euh, on ne loupe pas quelque chose dans la mise en place. Parce que qui de plus au courant que celui qui travaille. Pour moi c'est essentiel. C'est inévitable* ».

En reprenant les questionnaires infirmier(e)s, nous constatons que la participation des collaborateurs dans les projets impulsés par leur cadre de proximité, leur donnerait à 70% un sentiment de reconnaissance.

Cela demande alors d'agir en concertation avec les agents, c'est pourquoi certaines cadres interrogées comme Laura ont mentionné quelques freins au management participatif s'il n'est pas utilisé de façon appropriée.

Elle l'évoque au travers des difficultés rencontrées avec la conjoncture actuelle, comme **le manque d'effectif** qui ne permet pas de trouver des temps de concertation : « *Aujourd'hui malheureusement, avec les effectifs que l'on a, on ne peut pas exiger des soignants qu'ils fassent des projets comme à un moment on y a cru* ».

Dans une autre mesure, elle trouve une autre difficulté qui est de **ne pas prendre en compte l'avis des professionnels de santé dans la décision finale**. Cela devient donc un facteur limitant qui pourrait rendre l'inclusion dans les projets contre-productif pour leur besoin de reconnaissance :

- « *Ab bah oui bien sûr, mais attention. Il faut que cela serve à quelque chose parce que bien trop souvent si c'est comme nous quand on est inclus dans le projet de l'hôpital. On nous fait plaisir, on fait du participatif, on nous demande notre avis, dont on ne tient absolument pas compte* ».
- « *les inclure dans un projet de service, si c'est pour qu'ils y participent que quelque part leur parole ne soient pas entendues ou encore qu'ils ne puissent pas porter un petit quelque chose, c'est nul, c'est même pire. C'est contre-productif* ».

Selon elle, nous pourrions même arriver à démotiver les professionnels qui ne voient pas les **résultats de leur implication** : « *L'équipe s'investit et met des choses en place qui n'aboutissent pas, on les démotive* ».

Après avoir effectué une analyse de nos entretiens et questionnaires, nous constatons que notre objet de recherche reste encore parfois à préciser ce qui nous amène à mettre en évidence les limites rencontrées lors de ce travail.

## 6.5 Les limites de l'enquête

Ce travail de recherche comporte en effet certaines limites que nous allons vous exposer ci-dessous.

Tout d'abord les limites liées à l'entretien semi-directif. Il nous a fallu pour ces entretiens tenir une position d'empathie, d'écoute, de bienveillance et de neutralité. Cela n'a sûrement pas empêché certains biais dans notre interprétation. Nous pensons que l'interviewer a une certaine influence sur l'interviewé, ce que confirme A. Blanchet et A. Gotman « *tout discours produit par un entretien est co-construit par les partenaires du dialogue, en fonction des enjeux de la communication et des interactions à l'œuvre dans l'interlocution* » (Blanchet & Gotman, 2015).

Nous avons aussi mis tout en œuvre pour créer un contexte optimal lors de ces entretiens, c'est-à-dire : organiser le temps d'entretien, identifié un lieu calme, mais nous avons quand même été interrompu par des appels téléphoniques, et le passage de professionnels de santé.

Nous avons interrogé quatre cadres en accord avec notre directrice de mémoire. Nous nous rendons compte à ce stade que nous aurions eu besoin de plus d'entretiens que ce soit dans le secteur public hospitalier que dans le secteur privé afin d'obtenir une analyse plus précise de notre sujet de recherche.

Nous pensons également que le secteur hospitalier privé choisi aurait mérité une réflexion plus poussée de notre part. En effet, la structure possède une activité moindre comparée à celle du public ce qui peut impacter sur les organisations, et donc le travail des cadres de santé.

Une autre limite importante que nous souhaitons souligner est le fait que nous n'avons pas assez approfondi la réflexion sur les critères d'inclusion. En effet, la reconnaissance étant un thème abordé et connu de tous les professionnels, nous pensions que nous pouvions interroger toutes les catégories de cadres de santé. Cependant après les entretiens, nous nous rendons compte que le secteur, l'individu, les personnes managées et l'expérience dans le domaine agissent sur notre utilisation de la reconnaissance.

### **6.5.1 Les limites de l'entretien**

Les limites rencontrées lors des différents entretiens ont été les suivantes :

- Des relances orientées à deux reprises, pouvant induire les réponses. Plus précisément sur le premier entretien, où nous avons induit la forme de management en la nommant par exemple.
- Lors de la conception de notre grille d'entretien, la relance de la question sur l'implication dans les projets est trop orientée et induit une réponse fermée.
- Nous avons noté que les cadres de santé verbalisaient des éléments d'analyse intéressants une fois l'enregistrement coupé que nous ne pouvons donc pas exploiter.
- Après réflexion sur nos entretiens, nous aurions dû inclure des cadres de santé ayant une expérience plus ancienne afin d'avoir un retour d'acteurs ayant pratiqué le management depuis plusieurs années et ayant vu le contexte hospitalier évoluer au fil des années.

Nous avons aussi rencontré des limites sur les questionnaires proposés aux infirmières.

### **6.5.2 Les limites du questionnaire**

Les limites que nous avons pu constater ont été les suivantes :

- Impossibilité de poser de nouvelles questions en fonction des résultats obtenus et donc d'avoir le ressenti des individus interrogés puis d'approfondir les questions soulevées.
- Non-réponse d'un des établissements pour diffuser le questionnaire.
- Certaines questions auraient peut-être dû être mieux paramétrées dans Google forms pour nous permettre une analyse plus simple.

Nous avons essayé de respecter au mieux la méthodologie apprise et conseillée par notre directrice de mémoire. Cependant, notre peu d'expérience dans le domaine de la recherche, nous aura peut-être fait perdre des éléments de compréhension dans l'analyse.

Après avoir présenté les résultats et les limites de notre enquête, nous allons maintenant pouvoir en discuter par rapport aux notions étudiées dans notre cadre de référence, notre question de recherche et nos hypothèses. Nous développerons l'ensemble dans la partie suivante.

## 7 DISCUSSION

L'objet de notre recherche était de savoir **dans quelle mesure le cadre de santé pouvait répondre à une demande croissante de reconnaissance de la part de ses collaborateurs et ce dans un contexte sanitaire hospitalier contraint et incertain.**

Nous avons pu mettre en évidence que la principale zone d'incertitude concernait le manque actuel d'effectif soignant engendrant un turn-over important au niveau des équipes.

Nous avons deux hypothèses : une qui concerne l'utilisation du management participatif (implication dans les projets de service) et une autre portant sur le développement d'un leadership par le cadre de santé.

Dans cette partie, il s'agit de revenir sur les éléments pertinents révélés par notre enquête et de les comparer à notre cadre de référence. Cela nous donnera à voir si nos hypothèses sont vérifiées ou non et nous permettra de compléter notre réflexion.

### 7.1 Le cadre de santé : un lien entre les patients et les soignants

#### 7.1.1 Le patient : première source de reconnaissance des soignants

Nous avons vu lors de notre enquête par questionnaire que le patient est la première source de reconnaissance ressentie par les soignants ce qui finalement renforcerait leur sentiment d'utilité. En effet, dans nos entretiens auprès des CDS, ceux-ci expriment que les professionnels de santé ont besoin de : « *Se rendre compte qu'ils ont été utiles et qu'ils font progresser le patient et que tous les retours positifs des patients et des familles, au-delà de l'encadrement* ».

De plus, nous avons constaté à plusieurs reprises que les infirmier(e)s recherchent de la reconnaissance dans la réalisation de prises en charge qu'ils estiment de qualité et plus particulièrement pour donner du sens à leur activité au travers du « *travail réel* ». Nous pouvons le mettre en corrélation avec le cadre de référence, qui nous donnait à voir selon Y. Clot « *que la problématique du sens au travail doit être moins rattachée à celle du bien-être qu'à celle du bien faire* » (Berthoin Antal & Frémeaux, 2013).

Effectivement, il semblerait que la principale source de motivation au travail des soignants serait leur métier en lui-même.

Ce constat fait également écho au besoin d'estime personnelle (A. Maslow) que nous avons décrit précédemment.

#### 7.1.2 Créer les conditions permettant le sentiment d'un travail bien fait

Malgré leur attachement au métier, 60% des infirmiers enquêtés ont tout de même pensé à quitter leur travail durant ces douze derniers mois. Nous faisons ici le lien avec les propos de C. Dejours : « *le sentiment d'utilité ne suffit pas : il doit être complété par la fierté du travail bien fait, la reconnaissance de la qualité du travail* » (Coutrot & Perez, 2022). Ceci nous amène à un nouveau jugement qu'il nomme le « *jugement de beauté* » (Coutrot & Perez, 2022). Il faudrait donc pour cela que le soignant en plus d'être reconnu du patient perçoive la reconnaissance de sa hiérarchie et de ses collègues, car ils connaissent le métier, les compétences, les efforts et les capacités que le collaborateur aura développées pour satisfaire le patient.

Cela nous a amené à réfléchir sur la vision du « *travail bien fait* » qui intervient dans le « *jugement de beauté* ». En effet, en tant que CDS, pour que nous puissions reconnaître le travail des professionnels de santé, nous devons en avoir la même notion, les mêmes critères et y apporter les mêmes valeurs surtout autour de la prise en soins du patient. Y. Clot le met en avant en disant que « *les salarié(e)s ont une conception de ce qu'est « un travail bien fait » qui ne correspond jamais complètement aux critères de qualité*

*du travail définis par les managers* » (Coutrot & Perez, 2022). Cela suppose donc de partager des valeurs communes et de pouvoir échanger autour des conflits éthiques suscités par des prises en charge toujours singulières face à des règles de fonctionnement établies pour tous.

Nous voyons donc l'importance pour le cadre de santé d'aménager des espaces de discussion pour donner les moyens à ses collaborateurs de questionner leurs pratiques professionnelles et tendre vers leur « idéal » collectif du soin. L'utilisation du management participatif pourrait alors être un levier, car il permet l'analyse de pratique.

C'est ainsi que notre première hypothèse est partiellement validée. Il est effectivement bénéfique pour le cadre d'utiliser un management participatif en incluant les collaborateurs dans les projets. C'est un élément que nous retrouvons dans notre enquête au travers des propos de Bénédicte : « *travailler au quotidien avec l'équipe, les questionner* » « *il y a une plus-value, c'est que ça va prendre, puisque tout le monde aura participé* ».

Notre enquête complète cependant cette hypothèse en y ajoutant quatre conditions :

- que l'équipe soit en effectif suffisant pour mener à bien leur mission première à savoir sécuriser la prise en charge quotidienne des patients,
- que ce soient des projets dont les équipes perçoivent la plus-value pour le patient,
- qu'ils puissent eux-mêmes proposer des projets,
- que leurs avis soient réellement pris en compte tout au long et à l'aboutissement du projet.

Ces contraintes représentent des freins à l'implication et à l'engagement des collaborateurs que le cadre doit être en mesure d'anticiper. Aussi, en prenant en compte le besoin des équipes d'être reconnues au travers de leur travail effectif et les limites du management participatif, il nous a semblé que le management par l'éthique pouvait être une piste de réponse à notre objet de recherche

### **7.1.3 Le management éthique comme réponse au besoin de reconnaissance**

Bien avant la crise sanitaire, la politologue Karine Bréhaux indiquait déjà qu'il fallait : « *replacer l'humain au cœur des soins est l'objectif premier du management éthique* » (Bréhaux, 2015). Pour cela, elle met en avant la nécessité de mettre en place un « *langage commun entre le manager, le managé et l'usager qui insinuait d'avoir les mêmes valeurs humaines et éthiques* ». (Bréhaux, 2015)

Afin de connaître les valeurs communes à tous, nous devons prendre en compte les agents et leurs pratiques professionnelles, ainsi que les faire participer au dialogue commun avec et autour du patient. J-P. Brun aborde cette approche de la reconnaissance au travers de l'éthique comme « *un devoir, incombant à chacun, de se préoccuper de l'autre et de ses besoins.* » (Brun & Dugas, 2002)

De plus, K.Bréhaux indique que le management éthique aurait une base de management participatif. Il s'agirait alors dans ce cas de « *manager en étant toujours attentifs aux valeurs, au respect des équilibres, à l'écoute, à la notion de conscience professionnelle, de la reconnaissance de l'autre, de respect de l'autonomie, des responsabilités* ». C'est-à-dire en prenant en compte les valeurs des soignants pour organiser le travail, les soins. Le travail serait alors en accord avec les normes éthiques du professionnel de santé. Ce type de management permet aux agents de développer leur capacité à innover et donc leur créativité.

Outre le management éthique, il existe différents outils pour mettre en discussion le travail allant des groupes d'entraînement à l'analyse des situations professionnelles (GEASP) à des méthodes plus innovantes comme la simulation en santé.

Cette approche répond à la demande actuelle des organisations d'améliorer la qualité de vie et des conditions de travail en développant un management plus horizontal comme par exemple à travers les espaces de discussion du travail (EDT) proposés par l'Anact : « *espace de construction par le dialogue de solutions ou de règles collectives entre acteurs interdépendants (...) L'EDT ne sert pas à faire du Wellness et à promouvoir le bonheur au travail. Il y est discuté de l'orientation de l'action commune ; les participants sont là pour décider et produire de nouvelles règles autour des questions que pose l'activité de l'entreprise.* » (Rousseau, 2019)

De plus, c'est en adoptant une certaine posture que le CDS peut impliquer son équipe dans ce travail de réflexion.

Pour pouvoir le faire, nous avons initialement émis l'hypothèse que le cadre devait développer des compétences de leader. Effectivement, au regard de nos entretiens, il semble que les CDS, face à la diversité des situations managériales, accroissent progressivement leur intelligence relationnelle au travers de l'écoute active des collaborateurs, de capacités d'analyse des situations et de prises de décision prenant en compte les différentes dimensions individuelle et collective.

## 7.2 Le cadre de santé : bien plus qu'un leader

Comme nous l'explique C. Dejoux, le leader est celui qui va développer « *la capacité d'entraîner, d'influencer, de faire adhérer les collaborateurs à un projet, à une idée, à une vision pour atteindre des objectifs.* » Là où le manager sera « *dans l'opérationnel et gérer les problèmes, le leader va quant à lui gérer le changement, l'incertitude* ». Le leader va pour cela prendre en compte l'humain au travers de ses émotions, ses « *motivations, son sentiment de reconnaissance, d'appartenance* » (Dejoux, 2013). Aussi, le leader est celui qui va « *donner du sens, de la signification* » (Dejoux, 2013). J-P. Brun dit que s'il « *s'appuie sur une confiance fondamentale envers l'être humain, les personnes s'engageront spontanément dans leur travail* » (Brun & Dugas, 2002).

C'est en effet une définition que certains cadres donnent du leader, comme Virginie : « *mon rôle en tant que leader ça va être de les motiver* » mais aussi au travers sa capacité d'entraîner les collaborateurs en allant chercher les agents qu'elle évoque comme étant « *ceux qui sont derrière* ».

Nous confirmons donc notre deuxième hypothèse. Cependant, le mot « leader » a été fortement connoté à travers l'histoire ce qui fait que peu de cadres de santé s'identifient à ce terme. Aussi, nous souhaitons compléter cette hypothèse. En effet, nous nous posons la question de savoir si seules les compétences inhérentes au leadership suffisent pour prendre en compte l'humain dans toutes ses dimensions.

Il nous apparaît alors que le cadre va devoir au-delà des compétences de leader développer son intelligence émotionnelle<sup>49</sup>, notamment parce qu'il manage des humains et de l'incertitude.

Ce constat nous a amené à étendre nos recherches théoriques sur des compétences autres que celles formalisées à l'IFCS (DGOS, 2012). Il s'agit de compétences dites « non techniques » ou « soft skills ». Nous avons retenu le modèle de D. Goleman<sup>50</sup> (Goleman, 2014) qui propose 25 compétences émotionnelles réparties en 5 axes (cf. Tableau 4, ci-dessous)

---

<sup>49</sup> L'intelligence émotionnelle est « *la capacité à percevoir, comprendre et gérer ses propres émotions et celles des autres [...] L'intelligence émotionnelle est une capacité essentielle pour les managers et les leaders, et encore plus globalement pour tous les collaborateurs.* » (Arnaud & Caruso Cahn, 2021)

<sup>50</sup> D. Goleman : Docteur en psychologie, enseignant à Harvard

1 - CONSCIENCE DE SOI	Conscience émotionnelle Auto-évaluation précise Confiance en soi
2 - MAÎTRISE DE SOI	Contrôle de soi Fiabilité Conscience professionnelle Adaptabilité Innovation
3 - MOTIVATION	L'exigence de la perfection Engagement Initiative Optimisme
4 - EMPATHIE	Compréhension des autres Passion du service Enrichissement des autres Exploitation de la diversité Sensibilité politique
5 - APTITUDES SOCIALES	L'influence La communication Le sens de la médiation <b>Le leadership</b> La gestion des changements La construction des liens Le sens de la collaboration et coopération La capacité à mobiliser une équipe

Tableau 4 : Les 25 compétences émotionnelles décrites par D. Goleman

Nous constatons que le leadership fait partie d'un plus grand ensemble de compétences à développer pour le CDS qui sont les aptitudes sociales.

Par ailleurs, nous remarquons que cet apprentissage est progressif et démarre par des **compétences intra-personnelles** :



Nous voyons alors qu'il s'agit pour le CDS de faire dans un premier temps un travail sur soi pour progressivement être en mesure de réguler ses émotions et finalement de répondre aux besoins d'une équipe et notamment celui de reconnaissance.

A ce stade, nous nous sommes demandés si ces compétences étaient innées, liées à des traits de personnalité du CDS ou bien s'il était possible de les acquérir. Aussi, si nous devons poursuivre notre recherche, nous nous intéresserions à la manière dont les cadres de santé développent leur intelligence émotionnelle en nous posant la question suivante : **Quelles sont les expériences qui amènent le cadre de santé à développer certains axes de son intelligence émotionnelle ?**

Nous allons à présent conclure notre travail de recherche.

## CONCLUSION

Après avoir passé 10 mois à l'IFCS de l'ESM, il est temps pour moi de mettre un point final à la formation en clôturant ce travail de recherche.

Ce dernier a été pour moi une réelle plus-value pour ma future pratique professionnelle autant sur le plan théorique que pratique.

Tout d'abord, j'ai dû me remettre dans la position d'un apprenant et notamment me distancer de mes a priori grâce à la posture épistémologique de chercheur. Les lectures, les apprentissages théoriques, les échanges avec ma directrice de mémoire, les intervenants et nos pairs, m'ont amené à enrichir mes connaissances et à modifier certaines de mes perceptions sur le management. J'ai vraiment pris conscience de la nécessité de ne pas manquer de garder une veille professionnelle dans mon exercice quotidien. Je pense aujourd'hui que le cadre de santé a tout intérêt à acquérir de nouvelles connaissances pour faire évoluer sa pratique, ce qui lui permettra de comprendre les enjeux des organisations et accompagner ses collaborateurs.

J'ai particulièrement apprécié enquêter sur le terrain que ce soit au travers des entretiens auprès des cadres de santé ou des questionnaires auprès des infirmier(e)s. Ces échanges autour de mon objet de recherche ont été très enrichissants et ont continué de me questionner sur mes propres pratiques managériales en comparaison à la réalité vécue par les autres cadres de santé.

Tout au long de ce mémoire, je me suis intéressée au besoin de reconnaissance des soignants. Je me demandais plus particulièrement comment en tant que future cadre de santé je pourrai permettre à mes collaborateurs de se sentir reconnus. En effet, le contexte actuel de pénurie de personnel soignant rend pertinent une réflexion autour du sens et de la motivation au travail.

Je pensais en débutant ma recherche qu'en managant de façon participative et en développant mon leadership, je pourrai combler le besoin de reconnaissance de mes collaborateurs.

A ce jour, la question me semble bien plus complexe. En effet, au travers de mes différentes lectures et au cours de mon enquête, j'ai mis en évidence qu'il est difficile pour le CDS de satisfaire l'ensemble de son équipe tant chaque agent a des attentes différentes. Comme nous le dit L. Becker, « *le besoin de reconnaissance est universel, inhérent à la nature humaine, mais la définition du concept de reconnaissance dépend pour beaucoup de l'individu, de sa personnalité, de sa culture, de son histoire et du contexte dans lequel il évolue* » (Becker, 2018).

Cependant, j'ai pu mettre en exergue qu'au-delà du manager, le patient a une place tout aussi importante pour répondre au besoin de reconnaissance des soignants. C'est en permettant à l'équipe de communiquer le plus possible autour de la prise en soins des patients et des conditions de travail que je pense contribuer à répondre en partie aux différentes demandes de reconnaissance et fédérer une équipe.

De plus, j'ai pu prendre conscience du besoin de développer les compétences autres que techniques et théoriques, mais plutôt des compétences basées sur des savoir-être dites des « *soft skills* » comme l'intelligence émotionnelle. En effet, au travers de ce mémoire, j'ai pu mettre en évidence l'importance de se connaître soi-même pour comprendre les autres, en développant son intelligence émotionnelle. Le cadre devra alors avoir la capacité de reconnaître, comprendre et réguler ses émotions, ainsi que celles de son équipe pour rentrer en communication de façon adaptée avec les soignants pour les accompagner dans leur pratique professionnelle. Ces compétences l'amèneront

également à développer son leadership, qui comme nous l'avons vu permet de répondre au besoin de reconnaissance des agents. Ce sont autant de savoirs qui lui seront utiles pour mettre en place un management éthique, basé sur l'humain, autour de valeurs communes avec comme objectif la qualité des prises en soins des patients.

Pour conclure d'un point de vue plus personnel, je termine ce mémoire avec l'idée que finalement, j'ai souhaité aborder le thème de la reconnaissance à un moment de ma vie où j'allais chercher la reconnaissance de ma fonction au travers du diplôme de cadre de santé.

## BIBLIOGRAPHIE

- Anact. (2017). *10 questions sur la reconnaissance au travail*.
- ANACT, & FIDAL. (2016). Les balbutiements de la reconnaissance au travail en France.
- André, C. (2005, septembre). L'estime de soi. *Recherche en soins infirmiers*.
- Arnaud, B., & Caruso Cahn, S. (2021). *L'intelligence collective*. Paris; Dunod.
- Bagaoui, R., & Sadik, Y. (2021). Les sciences sociales interpellées par la question de la reconnaissance au travail. Dans Y. S. Rachid Bagaoui, & P. d. parole (Éd.), *Nouvelles perspectives en sciences sociales* (p. 15-25). doi:<https://doi.org/10.7202/1077091ar>
- Balumuene, F. (2021). Le travail et la motivation du personnel soignant dans le cadre du Covid 19. *Le travail et la motivation du personnel soignant dans le cadre du Covid 19*.
- Becker, L. (2018). *Pratiquer la reconnaissance au travail*. Malakoff: Interéditions.
- Bénichoux, F. (2014). *Et si on travaillait autrement ?* Paris; Eyrolles.
- Berthoin Antal, A., & Frémeaux, S. (2013, août, septembre, octobre). Don gratuit, spiritualité au travail, sens au travail. *Revue Interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise*, p. 3-18.
- Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien*. Malakoff: Armand Colin.
- Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*. Paris: Seli Arslan.
- Bréhaux, K. (2015). Le management éthique ? *Les tribunes de la santé*, p. 77 à 89.
- Brun, J.-P. (2008). *Sciences humaines*. Récupéré sur [www.scienceshumaines.com](http://www.scienceshumaines.com):  
[https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail\\_fr\\_22737.html](https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html)
- Brun, J.-P., & Dugas, N. (2002, Octobre). La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens. Québec.
- Brun, J.-P., & Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, p. 79-88. doi:<https://doi.org/10.3917/riges.302.0079>
- Brun, J.-P., Dugas, D. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, p. 79-88.
- Caillé, A. (2004). De la reconnaissance. *Revue du MAUSS*.
- Calin, D. (2022, novembre 22). <http://dcalin.fr/textes/identite>. Récupéré sur <http://dcalin.fr/textes/identite> : <http://dcalin.fr/textes/identite>
- Champenois, S., Dubois, C., & Marcantei, G. (2013, Octobre). *MBA Management des Ressources humaines*. Consulté le janvier 15, 2023, sur [www.docplayer.fr](http://www.docplayer.fr): <https://docplayer.fr/210395-Mba-management-des-ressources-humaines-les-drh-face-a-la-perde-de-sens-au-travail-mythe-ou-realite-en-entreprise.html>
- Code du travail, (s.d.). *Code du travail numérique*. Consulté le janvier 16, 2023, sur [code.travail.gouv.fr](http://code.travail.gouv.fr):  
<https://code.travail.gouv.fr/glossaire/cadre-dirigeant#:~:text=Cadre%20auquel%20sont%20confi%C3%A9es%20des,%C3%A9lev%C3%A9s%20des%20syst%C3%A8mes%20de%20r%C3%A9mun%C3%A9ration>
- Coutrot, T. (2021, Août). Quand le travail perd son sens. *L'influence du sens au travail sur la mobilité professionnelle, la prise de parole et l'absentéisme pour maladie*. Paris, Ile de France, France. Consulté le Février 12, 2023
- Coutrot, T., & Perrez, C. (2022). *Redonner du sens au travail*. Mayenne: Editions du Seuil et La République des Idées.
- Couty, E. (2013). *Le pacte de confiance pour l'hôpital*. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé.
- Dauphin, S. (2011, mai). Théories du management :. *Informations sociales*, pp. 6-9. doi:<https://doi.org/10.3917/inso.167.0006>
- De Singly, C. (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*. Ministère de la Santé et des Sports, Paris. Consulté le janvier 16, 2023
- Dégallaix, S. (2020). *cadreemploi*. Consulté le décembre 22, 2023, sur [www.cadreemploi.fr](http://www.cadreemploi.fr):  
<http://www.cadreemploi.fr/editorial/conseils/conseils-carriere/quest-ce-que-le-management-participatif>

- Dejours, C. (2012). *Souffrance au travail*. Paris. Consulté le janvier 16, 2023, sur <https://www.dailymotion.com/video/xplywx>
- Dejoux, C. (2013). Quelle est la différence entre la management et le leadership? Récupéré sur <https://drive.google.com/file/d/1d9UVE1nnynH8UcylC4Q-mWG-4Pp7M3sH/view>
- DGCS. (2022, février 18). *solidarité-gouv*. Consulté le décembre 03, 2022, sur Ministère de la santé et de la prévention: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/mesures-salariales-dans-les-etablissements-sociaux-et-medico-sociaux>
- DGOS. (2012, décembre). *Diplôme de Cadre de santé : Référentiels d'activités et de compétences*. Paris.
- Dumond, J.-P., (2021). *La grande transformation hospitalière*. Paris: Seli Arslan.
- Dupont, J.-P., & Carlier, G. (2010). La motivation auto-déterminée des élèves en éducation physique : état de la question. (D. B. Supérieur, Éd.) *Staps*. Consulté le janvier 28, 2023, sur Cairninfo:<https://www.cairn.info/revue-staps-2010-2-page-7.htm?contenu=bibliographie>
- FHF, C. d. (2023, Janvier 24). *Prendre soin des professionnels de santé*. Paris, Ile de France.
- Forbes. (2022, Décembre 1). *Forbes*. Récupéré sur [www.forbes.fr](http://www.forbes.fr):  
<https://www.forbes.fr/management/les-15-soft-skills-a-maitriser-en-entreprise/>
- Fray A-M, P. S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management et avenir*, p. 72 à 88.
- Garner, H., Meda, D., & Senik, C. (2005, janvier). La place du travail dans l'identité. Consulté le janvier 15, 2023, sur [https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/de\\_92.pdf](https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/de_92.pdf)
- Goleman, D. (2014). *L'intelligence émotionnelle*. Paris: Editions J'ai lu.
- Granger, L. (2022, septembre 08). *Manager Go*. Consulté le Janvier 15, 2023, sur [www.manager-go.com](http://www.manager-go.com): <https://www.manager-go.com/management/theorie-de-maslow.htm>
- Halpern, C., André, C., & Braud, P. (2013). *La reconnaissance : Des revendications collectives à l'estime de soi*. Auxerre: Sciences humaines éditions.
- Infirmiers.com. (2020, Juin 3). *Infirmiers.com*. Récupéré sur [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com):  
<https://www.infirmiers.com/profession-ide/le-covid-19-et-ses-impacts-sur-les-professionnels-de-sante>
- INSEE. (2018, février 27). *INSEE*. Consulté le janvier 16, 2023, sur [www.insee.fr](http://www.insee.fr):  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303478?sommaire=3353488>
- IPSOS. (2011, avril 4). *IPSOS*. Consulté le janvier 29, 2023, sur [www.ipsos.com](http://www.ipsos.com):  
<https://www.ipsos.com/fr-fr/barometre-edenred-ipsos-motivation-et-bien-etre-des-salaries-francais-2011-la-rupture>
- Jacquot, G. (2022, février 17). *Public Sénat*. Consulté le mars 4, 2023, sur Public Sénat: <https://fra01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fwww.publicsena.t.fr%2Farticle%2Fparlementaire%2Fpenurie-de-soignants-catherine-deroche-juge-ubuesque-que-le-ministere-n-ait&data=05%7C01%7C>
- Jasseron, C., Estry-Béhar, M., & Le Nézet, O. (2006). Les facteurs liés à l'abandon prématuré de la profession soignante. *Recherche en soins Infirmiers*, pp. 46-64. Consulté le février 2023
- Larousse. (s.d.). *Larousse*. Consulté le janvier 08 , 2023, sur [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr):  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/attractif/6301>
- Lasseaux, M. (2019, mai). Devenir manager de proximité. *Soins cadres*, pp. 21-23.
- Lavandier, S. (2022, Octobre 26). *lisette-mag.fr*. Consulté le janvier 28, 2023, sur Webzine Marketing: <https://lisette-mag.fr/pyramide-de-maslow/>
- Macron E, Buzyn. A. (2021, Mars 11). *Agence Régionale de Santé*. Récupéré sur Agence Régionale de Santé: <https://www.ars.sante.fr/media/40158/download?inline>
- Malochet, H. G. (2014). *Les théories de la reconnaissance*. Paris: La Découverte.
- Ministère de la santé et des solidarités. (2020). *Séjour de la santé, les conclusions*. Paris.
- Mintzberg, H. (2020). *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*. Paris: Eyrolles.

- Morin, E., & Cherré, B. (1999, Novembre, Décembre). Les cadres face au sens du travail. *Revue française de gestion*, p. 83-93.
- Muller, C., & Wisnewski, E. (2017, mai). Reconnaissance et valorisation des potentiels. *Soins Cadres*.
- Pascale Molinier, A. F. (2012, Janvier, février, mars). Travail et santé mentale : approches cliniques. *Travail et Emploi*, p. 51-66.
- Picard, N. (2021, Septembre). L'hôpital s'en sort mieux quand les managers font confiance à leurs équipes. *Le Monde*, 12.
- Polomeni, A. (2020, janvier 8). *Hal open science*. Consulté le janvier 15, 2023, sur hal.sorbonne-universite.fr
- Renault, E. (2007). Reconnaissance et travail. *Travailler*, p. 119 -135.  
doi:<https://doi.org/10.3917/trav1.018.0119>
- Revel, N. (2022, décembre). 30 leviers pour agir ensemble. Paris.
- Revillot, J.-M. (2013, avril). La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail? *Soins cadres*, p. 14-17.
- Revillot, J.-M. (2016). *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*. Paris: Lamarre.
- RHsolution. (2023, Janvier 10). *www.webiko.fr*. Consulté le janvier 12, 2023, sur [www.rh-solution.com](http://www.rh-solution.com): <https://www.rh-solution.com>
- Rousseau, Thierry (2019). L'entreprise délibérée. Refonder le management par le dialogue. *Anact*, (p.134-138)
- Roussel, P. (2001). *La motivation au travail*. Paris: EMS.
- Sainsaulieu, I. (2008). Le collectif soignant : Mythe ou réalité? : Regards croisés des cadres et infirmiers. (p.665-675).
- Sibé, M. (2021, septembre). Fonder l'attractivité sur une stratégie de fidélisation : les enseignements du modèle de Magnet Hospital. *Soins cadres*, p. 14-18.
- Tap, P. (1998). *Estime de soi, Perspectives développementales*. Delachaud et Niestlé.
- Toutlemonde, F., Boisguérin, B., & Baraton, M. (2021). *Les établissements de santé*. DREES. Consulté le janvier 16, 2023
- Vie publique; *Vie publique*. (2019, septembre 30). Consulté le janvier 29, 2023, sur Vie publique: <https://www.vie-publique.fr/fiches/270751-quest-ce-que-le-taylorisme>
- Weber, C. (2020). *Attractivité et fidélisation du personnel le défi d'un centre hospitalier gériatrique à l'aune des nouvelles générations*. Rennes.
- Weinberg, A. (2016, février). Le slow management ou l'art de simplifier le travail. *Sciences Humaines*, p. 54-57.

## **TABLE DES ANNEXES**

**Annexe 1 :** Le questionnaire de la phase d'exploration

**Annexe 2 :** Grille d'entretien cadre de santé

**Annexe 3 :** Questionnaire infirmier(e)

**Annexe 4 :** La retranscription des entretiens

## Annexe 1 : Le questionnaire de la phase d'exploration

Je suis Justine Philippe, étudiante à l'institut de formation des cadres de santé de l'ESM. Je souhaite vous interroger sur le thème de la reconnaissance au travail ainsi que la place du management du cadre dans votre sentiment de reconnaissance.

L'objectif de cet entretien est de préciser mon sujet de mémoire. Je souhaite donc vous poser une série de question par le biais d'un entretien semi-directif pour une durée de 15 minutes environ. J'ai décidé d'interroger une cadre et une infirmière de médecine interne et une cadre et une infirmière d'hôpital de jour.

### Questionnaire phase exploratoire

#### **Pour les cadres de santé :**

1. Actuellement, on observe dans la littérature professionnelle et certaines études, une demande de reconnaissance de la part des soignants, qu'en pensez-vous ?
2. Dans votre service, qu'attendent vos agents en termes de reconnaissance de votre part ?  
Donnez-moi un exemple
3. Au quotidien comment manifestez-vous de la reconnaissance à vos agents ? Donnez-moi un exemple.
4. Et vous comment vous sentez vous reconnu dans votre travail ? Donnez-moi un exemple.
5. Quel lien faites-vous entre votre propre sentiment de reconnaissance et celle que vous manifestez à vos agents ?
6. Quelles sont les limites de votre champ d'action dans la reconnaissance ? Donnez-moi un exemple.

#### **Pour les infirmier(e)s :**

1. Actuellement, on observe dans la littérature professionnelle et les médias, une demande de reconnaissance de la part des soignants, qu'en pensez-vous ?
2. Et vous, comment vous sentez-vous reconnu dans votre travail ? Donnez-moi un exemple.
3. Qu'attendez-vous de votre cadre de santé en termes de reconnaissance ? Donnez-moi un exemple.
4. Selon vous, en quoi est-il important d'être reconnu au travail ? A quel moment est-ce que vous vous êtes senti reconnu par votre cadre de santé ?
5. Quel lien faites-vous entre votre sentiment de reconnaissance et la façon dont vos cadres vous inclus dans les projets de service ? Donnez-moi un exemple.
6. Pour vous, quelles sont les principales sources de reconnaissance de votre travail ? Donnez-moi un exemple

### Grille d'entretien pour les cadres de santé

Dans le cadre de mes études à l'institut de formation des cadres de santé, je mène un travail de recherche sur la reconnaissance au travail. A ce titre, je souhaite vous interroger par le biais d'un entretien semi-directif, ce qui me permettra de confronter mes hypothèses à la réalité de terrain. Les entretiens sont anonymes, et d'une durée de 30 minutes environ. Ils seront utilisés uniquement dans le cadre de ce mémoire.

#### Identité :

- Sexe : Homme/Femme
- Age : 20-30/30-40/40-50/50-60 ans
- Dans quel service travaillez-vous ? Depuis quand ?
- Quelle est votre fonction au sein de l'établissement ? Depuis quand ?

**THÈME 1 Un contexte incertain** : Quelles représentations ont les cadres de santé du contexte contraint et incertain actuel ? Ainsi que l'influence sur leur management ?

Question 1 : Que diriez-vous du contexte hospitalier actuel ?

Relance : Pourquoi dites-vous cela ? Pouvez-vous argumenter ?

Question 2 : Comment ce contexte influence-t-il votre management ?

Relance : Donnez-moi des exemples

Question 3 : Que pensez-vous du besoin actuel de fidélisation du personnel hospitalier et d'attractivité des différents hôpitaux ?

**THÈME 2 : Le sens au travail et la motivation** : Les cadres pensent-ils que les soignants sont en perte de sens au travail ? Quel est leur rôle vis-à-vis de la motivation des soignants ?

Question 4 : A votre avis comment les membres de votre équipe trouvent-ils du sens au travail ? Qu'est-ce qui est le plus important pour eux ?

Relance : Donnez-moi des exemples

Question 5 : Comment vous y prenez-vous pour motiver vos équipes ?

Relance : Donnez-moi des exemples

Question 6 : Quel lien faites-vous entre la motivation et le sens au travail ?

**THÈME 3 : La reconnaissance** : Les cadres de santé ont-ils identifié un besoin de reconnaissance des soignants ? Que mettent-ils en place pour y répondre ?

Question 7 : Actuellement, on observe dans la littérature professionnelle et certaines études, une demande de reconnaissance de la part des soignants, qu'en pensez-vous ?

Question 8 : Dans votre établissement, quelle est la politique de reconnaissance des collaborateurs ?

Relance : Donnez-moi un exemple

Question 9 : Dans votre service, qu'attendent vos agents en termes de reconnaissance de votre part ?

Relance : Donnez-moi des exemples

Question 10 : Au quotidien, comment manifestez-vous de la reconnaissance à vos agents ?

Relance : Donnez-moi des exemples

Question 11 : Jusqu'où pensez-vous pouvoir répondre aux besoins de reconnaissance de vos agents ?

Relance : Quelles sont vos limites pour exprimer de la reconnaissance aux agents ?

**THÈME 4 : Le management** : Quels styles de management utilisent les cadres de santé ? Développent-ils des compétences de leader ?

Question 12 : Comment décririez-vous votre management ?

Relance : Donnez-moi des exemples de situation de management.

Question 13 : Que mettez-vous sous le terme de leader ? En quoi vous vous identifiez ou non à ce terme ?

Question 14 : Que pensez-vous de l'inclusion des collaborateurs dans les projets de service ou de l'établissement ?

Relance : Pensez-vous que cela leur apporte un sentiment de reconnaissance ? Pouvez-vous me donner des exemples ?

Question 15 : Que pouvez-vous ajouter sur les thèmes abordés que je n'ai pas évoqués pendant cet entretien ?

### Annexe 3 : Questionnaire infirmier(e)

#### Questionnaire à destination des infirmier(e)s

Dans le cadre de mes études à l'institut de formation des cadres de santé, je mène un travail de recherche portant sur la notion de reconnaissance au travail. A ce titre, je vous demanderai de bien vouloir prendre quelques minutes de votre de temps afin de renseigner ce questionnaire, dont les réponses me permettront de confronter mes hypothèses à la réalité de terrain.

Les questionnaires sont anonymes, ils seront utilisés uniquement dans le cadre de mon mémoire.

Je vous remercie.

#### **Identité**

Sexe : Homme / Femme

Age :

Vous êtes diplômé(e) depuis quelle année ?

Dans quel service travaillez-vous ?

Quelle est votre ancienneté dans le service ?

Inférieure à 2 ans / entre 2 et 5 ans / entre 5 et 15 ans/ plus de 15 ans

#### **Contexte actuel**

1. Que pensez-vous du contexte hospitalier actuel ?

- Stable
- Serein
- Incertain
- Contraint

2. Le contexte de travail actuel influence votre façon de travailler

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Assez en désaccord
- Totalemment en désaccord

Avez-vous une remarque particulière à ajouter ? .....

#### **Sens au travail et motivation**

3. Votre travail actuel a du sens

- Tout à fait vrai
- Plutôt Vrai
- Partiellement faux
- Faux

Pouvez-vous me donner un exemple ? .....

4. Pendant les 12 derniers mois, avez-vous pensé à quitter votre travail ?

- Oui
- Non

5. Si oui, quelles sont les raisons qui vous ont finalement incitées à rester ?

- Votre fidélité pour l'établissement
- Vos conditions de travail
- Vos collègues
- Votre manager
- Votre vie personnelle
- Autres :

6. Le management de votre cadre de santé a une influence sur le sens que vous donnez à votre travail ?

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

7. Parmi les propositions suivantes, quelle est celle qui représente le mieux l'objet de votre principale motivation au travail ?

- Réussir à atteindre vos objectifs annuels
- Appartenir aux collectifs
- Augmenter votre estime personnelle
- Etre reconnu
- Autres : Précisez .....

8. Pour vous, quelles sont les principales sources de motivation au travail ? (Réponse à choix multiples par ordre de préférence)

- l'entreprise elle-même (par exemple ses valeurs, son organisation, sa taille, ...)
- votre manager (son management, la relation que vous entretenez ensemble, sa façon de gérer l'équipe et les projets)
- votre métier (l'intérêt pour votre métier)
- votre projet professionnel (les possibilités d'évolution dans l'entreprise)
- la volonté de développer de nouvelles compétences
- vos conditions de travail (locaux, rémunération, adéquation vie professionnelle, vie personnelle)
- Autres :

9. Le management de votre cadre de santé influence votre motivation au travail

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

### Reconnaissance

10. Vous sentez-vous reconnu dans votre établissement ?

- Oui
- Non

11. Quelles formes prennent les modalités de reconnaissance exercées dans votre établissement ?  
(Classez les du plus au moins utilisés)

- Monétaire (rémunération, primes, avantages, ...)
- Organisationnelle (responsabilités, autonomie, participation aux décisions, ...)
- Managériale (entretien individuel, félicitations, encouragements, soutien de la hiérarchie, confiance du manager, ...)
- Sociale (convivialité, respect, soutien, bienveillance, ...)
- Symbolique (célébrations, cadeaux, ...)

12. Est-ce que ces modes de reconnaissance correspondent à vos attentes ?

- Oui
- Non

13. Si non, quelles sont les formes de reconnaissances attendues de votre part ? (Choix multiples possible)

- Monétaire (rémunération, primes, avantages, ...)
- Organisationnelle (responsabilités, autonomie, participation aux décisions, ...)
- Managériale (entretien individuel, félicitations, encouragements, soutien de la hiérarchie, confiance du manager, ...)
- Sociale (convivialité, respect, soutien, bienveillance, ...)
- Symbolique (célébrations, cadeaux, ...)

14. Parmi les propositions suivantes, quelles sont les personnes qui vous apportent ce sentiment de reconnaissance ? (Choix multiples possible, classez-les de la personne qui vous apporte le plus de reconnaissance à celle qui vous en apporte le moins)

- Les collègues du service
- Le patient
- Le cadre de proximité
- Les médecins
- La direction
- Les collègues des autres services

15. Est-ce que le fait d'être reconnu par les personnes ci-dessus vous convient ?

- Oui
- Non

16. Par qui d'autre voudriez-vous être reconnu ? (Choix multiples possible, classez-les de la personne qui vous apporte le plus de reconnaissance à celle qui vous en apporte le moins)

- Les collègues du service
- Le patient
- Le cadre de proximité
- Le médecin
- La direction
- Les collègues des autres services

17. La reconnaissance apportée par votre encadrement correspond à vos attentes

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Assez en désaccord

- Totalement en désaccord

18. Selon vous quels sont les éléments qui sont reconnus par votre cadre de santé ? (Choix multiples possible)

- Votre personne (respect, souci de votre personne, convivialité, ...)
- Vos efforts (pénibilité, charge de travail, adaptation de votre part, ...)
- Vos compétences (qualification, ...)
- Vos résultats (objectifs réalisés, ...)
- Votre comportement (respect des règles, esprit d'équipe, loyauté, ...)
- Votre ancienneté, expérience
- Vos prises d'initiatives
- Votre implication dans les projets

19. Si non, quelles seraient vos attentes en termes de reconnaissance de la part de votre cadre de santé ? (Choix multiples possible)

- Votre personne
- Vos efforts
- Vos compétences
- Vos résultats
- Votre comportement
- Votre ancienneté
- Vos prises d'initiatives
- Votre implication dans les projets

<b>Service</b>
----------------

20. Participez-vous à des projets dans votre service ?

- Oui
- Non

21. Si non, vous sentiriez-vous reconnu en étant inclus par votre cadre de santé, dans les projets qu'il porte ?

- Oui
- Non

22. Pensez-vous qu'en vous donnant des responsabilités et/ou de l'autonomie, le cadre de santé vous reconnaît ?

- Oui
- Non

23. Pour vous quel type de management, permettrait au cadre de vous reconnaître dans le service ?

- Le management directif : le cadre utilise des consignes précises et ne laisse pas de place aux initiatives personnelles.
- Le management délégatif : Le cadre vous confie des missions et vous responsabilise.
- Le management participatif : le cadre vous implique dans la prise de décision. Il reconnaît votre expertise.
- Le management agile : le cadre utilise le management adéquat à la personne et la situation.
- Le management situationnel : le cadre adapte son management en fonction de la situation rencontrée pour permettre l'autonomie et la responsabilisation.

### Entretien cadre de santé Hépatogastro

**Date :** Le 13 mars 2023

**Consentement pour l'enregistrement :** Oui

**Durée :** 45 min

**Sexe :** Femme

**Âge :** entre 50 et 55 ans

**Dans quel service travaillez-vous ?** Hépatogastroentérologie

**Depuis quand ?** 11 mois

**Quelle est votre fonction dans l'établissement ?** Cadre de santé

**Depuis quand ?** 2009

#### Question 1 : Que diriez-vous du contexte hospitalier actuel ?

Le contexte hospitalier actuel ?

Euh... Tendus, tendus et puis compliqué sur plein de points.

À la fois sur les organisations, et sur la manière dont on nous demande de prendre en charge les patients, avec des effectifs de plus en plus difficiles à obtenir. Parce qu'il y a un désintérêt du métier et qu'on n'arrive plus trop à recruter. Quand on recrute, ils ont leurs exigences et c'est compliqué. Euh... et surtout une méconnaissance ou une incompréhension des exigences du terrain par la direction. En-tout-cas, je parle du contexte en fait je parle plus de X en gros. Euh... après de façon générale, on est dans le désintérêt, le sous-effectif, dans le fait que l'hôpital soit géré comme une entreprise ce qui pose des problèmes. Euh..., parce qu'on..., on oublie que le soin, c'est d'abord de l'humain, du contact, du relationnel et que tout ça ne se cote pas. Donc c'est gratuit en gros. Donc c'est invisible pour les instances et du coup, ce n'est pas pris en compte. Sauf que ça se génère du mécontentement chez les soignants. Donc on a fait ce métier certes, pour certains parce qu'ils aiment techniquer, mais aussi normalement parce qu'on a envie d'aider l'autre. Donc aider l'autre c'est aussi l'écouter, prendre en compte sa souffrance, mettre en place des choses pour l'apaiser. Ce sont des choses qui prennent du temps, qui demandent du personnel du coup, et qui ne sont pas pris en compte. La façon dont sont gérés les hôpitaux de manière générale, euh bien provoque tout ce que l'on entend aujourd'hui par ces fermetures de lits qui sont souvent bien plus liées et qu'ils arrêtent de nous parler des compétences. Évidemment, quand on prend une maternité, si tu as des sages-femmes qui font 700 accouchements à l'année. Elles vont être moins compétentes sur des situations d'urgence que des sages-femmes qui en font 3, 4, 5 6000 bien sûr. Mais les fermetures de lits ce sont surtout des histoires de budget plutôt que d'augmentation de compétence ou de faire des plateaux techniques machins bon. Donc, on sait bien que c'est une histoire de sous derrière tout ça et bah aujourd'hui on n'a pas assez de lits, on a des personnes qui ne voient plus le sens de leur travail parce qu'on leur demande de faire surtout des choses qui cotent. Alors que dans le cadre des réponses que l'on a à leur donner car c'est de l'ordre de notre boulot, qui nous heurte nous. Parce que malgré tout on n'est pas complètement d'accord mais on est obligé de le vendre aux équipes. Euh... donc on a des soignants qui perdent leur sens qui se retrouvent du coup en difficulté, qui n'ont pas l'impression de faire bien leur boulot parce qu'ils n'ont pas le temps de parler aux patients. Ils n'ont pas le temps de s'arrêter. Ils passent parfois à côté de certaines choses et donc bien un désinvestissement, une démotivation. On a le burn-out, on a les sous-effectifs, le manque de lits. Et à X, j'ai le sentiment qu'on a une direction qui est complètement déconnectée de la réalité des terrains. Et qui ne la comprend pas ou qui ne veut pas la comprendre.

### **Relance : Est-ce que vous pensez que ce n'est que à X ou partout ?**

C'est partout. Je suis partie un petit peu à Y, c'était un peu ça aussi. Un petit peu moins peut-être mais quand même.

### **Question 2 : Est-ce que vous pensez que ça influence votre management ?**

(CRISPE)

Bien sûr. Euh..., ça l'influence, car comme je te disais tout à l'heure nous en tant que cadre. Euh..., on est malgré tout là pour faire descendre les décisions de la direction, fin voilà, et faire appliquer dans les services. Et puis quand on a un manque d'effectif, de lits, enfin moi qui sors des urgences, j'ai fait un an à l'UH même si c'est complètement l'opposé de mes valeurs quand il te manque des lits dans les services, euh bien, il faut absolument que tu fasses de la place à l'UH. Et bien, tu vas aller demander et voir avec les médecins et puis du coup faire « avaler » aux équipes de transférer un patient dans une autre structure alors que la famille habite à l'opposé par exemple. Tout ça parce qu'on manque de lit. Tu vas gérer les effectifs et tenir des discours auprès des équipes et je dirais que c'est presque maltraitant. Dans le sens où on est obligé de tenir le discours. La rentrée scolaire, elles veulent toutes leur jour et bien non parce qu'il manque du personnel et que non vous n'aurez pas les vacances scolaires comme vous le voulez. Dans la gestion du personnel, c'est sûr que ça a une incidence sur ce que l'on leur demande et ce qu'on est obligé de leur demander. Enfin, oui cela a une incidence. Un autre exemple, quand je leur demande de faire 8 sorties 8 entrées. Je sais qu'elles sont fatiguées, je sais que c'est du boulot derrière, mais on a une liste d'attente de 10 patients, le jour où j'ai des lits, je fais rentrer.

Je sais que c'est dur, que c'est du boulot. Avec des équipes qui sont fatiguées, qui ont une charge de travail, une pression, plein de choses et nous derrière qui sommes obligés de les maintenir dans un certain rythme avec un effectif qui est ce qu'il est. Mais malgré tout, il faut continuer. Mais nous en tant que cadres, on pousse mais effectivement, je suis dans un management certainement moins bienveillant que ce qu'il aurait pu être dans un autre contexte.

### **Question 3 : Que pensez-vous du besoin actuel de fidélisation du personnel hospitalier et d'attractivité des différents hôpitaux ?**

Besoin. C'est un besoin qui est réel. C'est évident que le turnover dans les équipes, c'est compliqué parce que on a aussi besoin dans les équipes d'un socle de gens d'expérience. C'est aussi par l'expérience que tu acquiers de l'adaptabilité aux situations d'urgence où tu repères plus vite les symptômes surtout dans la spécialité comme dans la gastro. La gastro, c'est très spécifique. Tu as un diplôme commun mais ton expérience elle fait que tu vas être plus vigilante à certains moments, sur certaines choses. Dans un service, c'est vrai que l'on aime bien avoir un petit peu des deux. La jeunesse pour avoir un peu les dernières techniques et puis quelque chose aussi d'un peu motivant et puis les anciennes qui sont, elles, plus résistantes au changement. Elles sont quand même là avec le socle. Aujourd'hui, on a un tel turn-over, que déjà nous cela nous oblige à adapter notre management en accompagnant davantage. Parce que quand tu as une équipe sur le terrain tu les connais, alors que quand tu as des jeunes qui viennent d'arriver en tant que cadre tu es beaucoup plus dans l'accompagnement. Cela t'oblige à mettre en place des choses, on a créé des livrets d'accueil, on travaille l'accueil des nouveaux arrivants. Euh, on agrippe les nouveaux soignants les étudiants qui passent en stage en 3e année. Et du coup on essaye de peaufiner aussi, euh..., leur intégration en tant que stagiaire pour qu'ils aient un bon souvenir et qu'ils veulent bien revenir.

## **Relance sur la question : Vous pensez quoi de ce besoin ?**

Ce n'est même pas nécessaire, c'est presque obligatoire aujourd'hui. Euh..., mais ça ne va pas se faire comme ça. C'est bien beau de donner des primes pour attirer les gens, mais ça ne suffit pas. Il va falloir revaloriser à la fois les diplômés parce que la licence a un peu, ça a supprimé aussi la spécialisation. Ça a mis tous les infirmiers sur la même compétence et on a oublié certaines spécialités, comme la psychiatrie par exemple. Oui, la fidélisation, il va falloir y travailler. Cela va passer par, une revalorisation éventuellement financière aussi sur le travail, et une amélioration des conditions de travail. Surtout aujourd'hui, les jeunes générations elles ne sont pas comme nous. Nous à la rigueur on acceptait tout ce qu'on nous demandait car on était content d'avoir un boulot. Et puis on appartenait à un hôpital. Aujourd'hui, les jeunes les conditions de travail ne les intéressent pas, ils s'en vont, et ils vont voir ailleurs. Et comme ailleurs, il y a une espèce de compétition entre les hôpitaux, à celui qui proposera le plus de choses. Il faut aussi que tout le monde s'aligne donc c'est à la fois avec les conditions de travail, le salaire. Est-ce qu'on va aussi à un moment leur proposer des appartements, à un moment X le faisait aussi ça. Alors je sais qu'ils ont donné des chambres dans une cité universitaire, je ne sais pas s'il y a beaucoup qui y vont. Et aussi penser à mettre en place autour des hôpitaux des choses pour ces infirmiers, pour qu'il puisse venir sur certains hôpitaux. Car ils sont attirés par les hôpitaux où ça brille un petit peu, et où on va pouvoir leur proposer des choses. Par exemple, ici, les infirmiers anesthésistes ont leur pied au SMUR parce que c'était le seul moyen de les faire venir.

## **Question 4 : A votre avis comment les membres de votre équipe trouvent-ils du sens au travail ? Qu'est-ce qui est le plus important pour eux ?**

Comment est-ce qu'ils trouvent du sens au travail ?

Alors, euh..., pour parler de l'équipe de gastro. C'est une équipe vraiment attachée, euh..., à adapter ses prises en charge aux patients autant que possible. Je pense que le sens, ils le trouvent dans une réponse adaptée aux besoins du patient, en dehors de ceux des soins aussi, s'adapter à la culture, les habitudes de vie autant que possible. Donc le fait que le patient soit dans une prise en charge bienveillante où il en ressort content, et sortir en remerciant toute l'équipe. On a même des patients qui reviennent dire merci, régulièrement. Je pense que le sens, elles le trouvent quand même par rapport aux remerciements des patients dans leur prise en charge. C'est d'ailleurs pour ça que c'est si difficile pour elles quand on a des patients plus difficiles. En ce moment d'ailleurs, j'ai 3 profils de patients très compliqués et les familles aussi et je sens que c'est vraiment super compliqué pour elles, euh..., d'être remise en question dans leur prise en charge.

Je pense que c'est vraiment ça pour cette équipe trouver du sens dans la prise en charge, et la remise en question par la famille et les proches, elles le vivent très violemment.

Et puis aussi, j'ai remarqué qu'elles étaient particulièrement fières quand même quand on a eu la certification récemment. Elle s'est très bien passée dans le service, et la gastro a justement été citée lors de la restitution par les experts sur justement cette bienveillance, et cela, cette reconnaissance quelque part de l'institution, elles ont quand même une réputation dans l'institution et ce qui n'est d'ailleurs pas erronée. C'est le premier service, et d'ailleurs j'en ai fait, ou je n'ai pas à leurs courir après pour la traçabilité, elles sont très rigoureuses et c'est reconnu. Rien que pour la certification, elles ne voulaient pas qu'on parle de la gastro en négatif. Moi, j'attache de l'importance à les remercier. Ils ont vraiment assuré, alors que j'étais sur leur dos sur plein de choses. Je les avais prévenus pour la certification. Eh bien malgré tout, et puis c'est une équipe, tu leur demandes un truc elles le font. Et tu sens qu'elles le font parce que voilà, c'est une équipe qui est investie dans les choses, dans le service aussi. Et du coup, j'attache de l'importance à les remercier, et puis à mettre en avant ce qu'elles font. Et puis à l'hôpital de jour, on a fait un protocole d'admission.

Enfin je dis : « on a fait » mais c'est surtout une infirmière qui a fait. Quand je l'ai transféré à l'ensemble de l'équipe via le mail commun, j'ai remercié l'infirmière en question personnellement au travers du mail. C'est ça aussi de trouver du sens, c'est avoir le retour de ce qu'on fait. Donc le retour par les patients, par les familles, et puis par l'encadrement, je trouve que c'est important de donner du retour. Mais le retour positif comme négatif, pour que ça ait du sens il faut aussi pouvoir leur dire quand ça ne va pas.

**Question 5 : Comment vous y prenez-vous pour motiver vos équipes ?**

C'est les remerciements. C'est l'implication, dans les projets. Là, on l'a fait, le livret d'accueil, pour les nouveaux arrivants. Comme j'avais une infirmière qui est arrivée juste avant la certification, la cadre supérieure m'avait dit qu'il faudrait qu'on ait un livret d'accueil et on ne l'avait pas. J'ai fait à l'arrache pour la certification, mais j'ai fait des réunions de planning où je leur ai prévu des groupes de travail pour retravailler le livret d'accueil des nouveaux arrivants, et donc je les investis. Ça vient d'eux, ça vient d'eux, je signale partout que ça vient d'eux, et c'est eux que je mets en avant, ce n'est pas moi.

C'est comme ça je pense motiver mes équipes.

**Question 6 : Quel lien faites-vous entre le sens au travail et la motivation ?**

Ben, on ne peut pas les dissocier. Le sens au travail, c'est ce qui te motive quand tu perds du sens. Tu ne comprends plus ce que tu fais. Euh, tu finis par le faire machinalement et quand tu le fais machinalement, tu finis par rentrer dans une routine. Et du coup, tu n'as plus de valorisation, tu n'as plus de motivation. Donc, voilà, pour moi, c'est indissociable.

**Question 7 : Actuellement, on observe dans la littérature professionnelle et certaines études, une demande de reconnaissance de la part des soignants qu'en pensez-vous ?**

Euh ..., bien oui, je trouve que cela fait trop d'années que cela dur mais en même temps, ça ça vient de l'histoire en fait infirmières. Avant c'était vraiment plus qu'une vocation, on était infirmière, et c'était normal « d'en chier ». Excuse-moi de parler comme ça. Donc il n'y avait pas de reconnaissance à avoir tu avais choisi de le faire. Si tu as choisi de le faire c'est que tu sais dans quoi tu te lances. Il y a certains cadres qui ont encore ce discours. Quand tu fais infirmière, tu sais que tu dois te faire engueuler par les familles.

**Reformulation de la cadre : Euh tu me parles de reconnaissance ?**

**Relance de ma part : En fait on observe que l'on en parle énormément et du coup qu'est-ce que toi tu en penses ?**

On fait le lien encore avec l'attractivité, si on veut que le système de santé fonctionne et tienne le coup. Il va falloir qu'à un moment, on rende nos métiers attractifs et que l'on pérennise nos effectifs et ça ne passe que par une reconnaissance. Ça n'existe plus les gens qui travaillent pour la gloire. Alors aujourd'hui la reconnaissance, elle passe aussi par les salaires je trouve, c'est une forme de reconnaissance. Que d'augmenter les salaires et de les reconnaître à la valeur de la pénibilité, du nombre d'études, de la responsabilité. Euh, il y a le salaire. Et puis effectivement, il y a aussi tous les autours de l'institution, ou en gros c'est comme ça ce n'est pas autrement et où quelques patrons oublient qu'on est aussi des humains. Et que l'investissement que l'on donne dans une institution et bien il faut que l'on ait un retour. On sait que le retour même s'il existe à certains endroits et par moment il est de plus en plus compliqué à trouver aussi auprès des proches, des familles et des

patients. Parce que c'est aussi la société, l'hôpital devient un service. C'est de l'hôtellerie. Les gens sont de plus en plus exigeants et les soignants ont de plus en plus de mal, euh. Je trouve qu'il y a plus de retours positifs des usagers et de leurs familles, aujourd'hui on voit bien que s'est compliqué.

### **Reformulation de ma part : Finalement, le contexte actuel jouerait sur la reconnaissance ?**

Tout à fait. Et c'est là où les institutions, euh ..., doivent travailler sur la manière dont on peut être reconnaissant. C'est-à-dire reconnaître les soignants, reconnaître leurs compétences, reconnaître leur investissement. On voit bien que c'est ce qui se passe aussi aujourd'hui au niveau de l'encadrement mais aussi au niveau des infirmiers.

Pendant le COVID (GRIMACE), les soignants ont beaucoup donné, il y a une reconnaissance ponctuelle avec ces gens qui applaudissaient. Une reconnaissance pendant. Une reconnaissance financière après avec des primes avec, ..., mais quelque part, on a l'impression que cette crise, elle a perduré dans les organisations. On a tiré sur la corde auprès des soignants et on s'y dit tiens ça fonctionne. Finalement ils peuvent en faire plus. Ils peuvent faire plus avec moins. Parce qu'ils ont tous été malades mais ça continue à tourner. Plutôt que d'être reconnaissant et de mettre en place des choses réellement concrètement pour permettre à ce que l'hôpital fonctionne bien, enfin des choses concrètes quoi.

### **Question 8 : Est-ce que dans l'établissement il existe des politiques de reconnaissance ?**

Attractivité. Oui. Reconnaissance. Non. On a le directeur qui va faire des jolis discours, des jolis remerciements. Mais concrètement sur le terrain, il n'y a pas grand-chose qui bouge.

Par exemple, ne serait-ce que cet établissement, un hôpital tout neuf avec de grands couloirs. Il est beau. Et vous avez vu la taille des salles de repos ? (DÉSABUSÉ) Ne serait-ce que ça c'est un signal envoyé aux équipes, c'est terrible. Ils sont dans un placard. Cela passe par là aussi la reconnaissance, les conditions de travail. Quelle place on laisse aux soignants ? Je trouve ça terrible moi. Quel message tu renvoies aux équipes ?

### **Question 9 : Dans le service, ils demandent quoi spécifiquement vos agents ? Ils le verbalisent ?**

(SILENCE)

Je réfléchis ce que j'entends dans leur discours.

En termes de reconnaissance, eux ils sont plutôt sur du personnel en fait. Du personnel parce qu'ils mettent en avant leur charge de travail, et la lourdeur du service. Elles sont plus en demande de personnels, car elles pensent que l'on ne se rend pas compte de la charge de travail.

C'est donc une reconnaissance des efforts fournis au quotidien.

Alors ils ont très mal vécu, la prime qui a été mis en place dans le but d'attirer les nouveaux soignants. Ce que j'ai entendu à ce moment-là : « il y a des infirmiers qui vont arriver tout frais tout neuf, qui n'en n'ont pas encore chié pour l'institution. On leur donne ça et nous on a une misérable prime de 1000 euros ». (AGACEMENT)

De plus les 1000€ ne sont pas tombés de l'institution. Après ce n'est pas que dû au COVID mais le COVID a mis en avant quelque chose qui était déjà là et latent, qui existait.

Et d'ailleurs, l'histoire de la prime a engendré des discours voire même un peu violent à l'encontre des nouveaux arrivants. Parce qu'ils ont vécu ça comme une injustice. Au final cela ressemble à de l'attractivité pour les arranger, car ils ne pensent pas à ceux qui sont là.

**Question 10 : Si on reprend un petit peu, vous, ça va être quoi ce que vous mettez en place au quotidien ?**

En fait, les efforts au quotidien et également dans la gestion du planning. C'est une reconnaissance de la vie personnelle des agents, même si je suis vigilante à ce que le service tourne bien entendu. Même s'il y a une infirmière qui me demande un RTT et que je ne peux pas, pour la continuité de service, je ne la donne pas. Même si je trouve que j'essaie d'être souple. Pour moi c'est une manière de maintenir une bonne ambiance au travail et aussi de reconnaître. J'estime également qu'il est important de prendre en compte la vie personnelle, car si j'ai des gens qui viennent travailler avec des enfants malades, cela va impacter la prise en charge des patients. J'ai donc beaucoup de discussions autour du planning, je ne suis pas rigide. Il y a en effet des règles de fonctionnement du service mais je m'adapte autant que possible. On s'adapte aussi aux gens. J'ai des soignants qui ont quelques difficultés personnelles, je suis donc dans l'écoute, cela est pour moi aussi une forme de reconnaissance. Quand je suis dans l'incapacité de donner un jour de congé, je leur explique aussi également pourquoi je fais les choses. J'essaie de leur faciliter les choses autour du planning.

**Question 11 : Jusqu'où pensez-vous pouvoir répondre aux besoins de reconnaissance de vos agents ?**

(SILENCE)..... Je ne sais pas comment le dire.... (HESITATION)

La limite, c'est de ne pas tomber dans la démagogie pour moi. Euh ...

On a un métier difficile il faut le reconnaître, difficile sur le plan personnel et sur son plan professionnel. En effet c'est aussi un investissement en horaire, en week-end, en férié, fêtes.

On a des conditions de travaux difficiles, les patients ne sont pas faciles les familles non plus.

On peut reconnaître l'investissement au quotidien, euh .... je n'arrive pas à le formuler, mais ...

**Reformulation de ma part : Si je peux me permettre, cela reviendrait à dire reconnaître que la difficulté du travail est présente mais ne pas arriver dans la plainte ?**

Oui, c'est ça. C'est qu'en fait, bien après, malgré tout quand on est infirmier, on sait que le travail est difficile, rigoureux, qui demande beaucoup, on le sait. Donc il ne faut pas non plus tomber dans l'excès, ou l'on va pleurer avec les équipes. Car c'est à ce moment-là, que nous les cadres, on est aussi censé être leur moteur quelque part. Donc si nous, euh ..., on les plaint et que nous, on se plaint, c'est ça la limite aussi. L'encadrement, euh ... pour moi. Il faut vraiment que l'on arrive à garder notre posture positive pour les maintenir dans quelque chose de positif. La limite se serait de s'effondrer avec les équipes. Et c'est ce que j'appellerais la démagogie, d'aller dans leur sens pour être le bon objet. Car c'est facile pour un cadre d'être dans la plainte excessive ou dans la reconnaissance excessive des difficultés, euh pour être le bon objet. Et que quand on est dans cette posture, où l'on ne va pas dans le sens de leur plainte, on est la personne qui ne les comprend pas. J'ai eu le cas ce week-end avec des patients difficiles, quand j'ai mis des limites les infirmières ont eu l'impression que je ne les comprenais pas. Mais c'est aussi à nous de donner des limites et de donner un cadre, de rappeler le soin. De rappeler que l'on doit être là pour soigner dans n'importe quelles conditions, tout le monde. Je trouve que c'est quand même intéressant de continuer à les questionner sur le sens du soin et notamment quand on a des situations difficiles et également sur le service public.

**Question 12 : Comment décririez-vous votre management ?**

(SILENCE ...) Je ne parlais pas de bienveillance quoique. Je suis à l'écoute de l'équipe. J'aime bien mais c'est pas du tout intrusif, être au courant des situations personnelles. Non pas parce que je

suis curieuse, j'aime les connaître, quand cela peut avoir une incidence, sur le professionnel dans le service. Et du coup, moi ça m'aide à comprendre certains fonctionnements, ou certaines attitudes, donc je m'adapte.

Maintenant, je garde en tête, le fonctionnement de service, les obligations de sécurité, (la nécessité d'un service minimum), l'investissement au travail. Donc je ne sais même pas comment on pourrait qualifier mon management. Je n'aime pas parler de bienveillance parce que pour moi bienveillance c'est « nian nian » et c'est démagogique. Car en effet il y a des fois où on n'est pas bienveillant, parce que quand on fait venir les gens et qu'on leur dit : « c'est comme ça et ce n'est pas autrement » est-ce qu'on peut considérer ça comme du bienveillant. Je ne sais pas. J'essaie d'être équitable. Euh ..., j'essaie au maximum de les laisser libres de leurs décisions d'équipe. J'interviens si cela ne fonctionne pas ou encore s'ils me le demandent.

(SILENCE)

**Reformulation : Si je dois mettre, nous devons mettre un terme théorique, on pourrait le décrire comme situationnel.**

Oui, c'est ça, je m'adapte de façon fonctionnelle et conjoncturelle, mais surtout je m'adapte aux équipes.

Ce que je fais aujourd'hui avec la gastro, je n'avais pas le même positionnement dans mes autres services. C'est l'expérience qui me fait dire que les équipes sont très différentes en fonction de leur spécialité. Elles ont des profils différents. Elles ont des attentes différentes vis-à-vis de l'encadrement, et puis vraiment des profils, vraiment des profils différents.

**Question 13 : Que mettez-vous sous le terme de leader ? En quoi vous identifiez-vous ou non à ce terme ?**

(SILENCE DE REFLEXION)

Le leader, c'est celui euh ..., qui va rassurer.

Pour moi un leader, c'est quelqu'un quand il est dans le service. En-tout-cas c'est comme ça que j'espère être. C'est que ma présence rassure, alors pas pour faire à la place d'eux. Mais en termes de positionnement vis-à-vis des patients, des familles, des médecins, et en termes de conseils et d'orientation. C'est-à-dire que, elles viennent nous voir Madame qu'est-ce qu'on peut faire ?

**Reformulation de ma part : Finalement vous vous identifieriez peut-être à ce terme ?**

Oui, je pense oui. Après c'est toujours pareil, il y a différentes formes de leader. Donc euh ..., je suis complètement différente de l'ancienne cadre. Je sais que certaines, je n'ai pas le détail, mais je sais qu'il y a eu un moment de flottement. Parce que l'ancienne cadre était quelqu'un de très maternant, qui faisait beaucoup à la place de, donc quelque part de rassurant ce que j'entends par leader. C'était rassurant mais c'était parce qu'elle faisait. Elle les soulageait de plein de choses, or ce n'est pas ce sens-là que je donne au mot rassurant.

Moi, je pense que je le suis par rapport à ma présence. Ils savent qu'ils peuvent venir me voir. Ils savent qu'ils peuvent poser. Ils savent que si une famille pose problème, je vais aller discuter avec la famille ou avec le patient. Si j'entends qu'il y a des choses qui ne se passent pas bien dans le service je vais intervenir. Je suis dans le service avec eux sur ces moments-là. Ma porte elle est toujours ouverte, toujours.

Après je ne suis pas l'experte. Les experts, c'est eux, ce n'est pas moi.

**Question 14 : Que pensez-vous de l'inclusion des collaborateurs dans les projets de service ou de l'établissement ?**

L'inclusion des soignants ? Oh, bien elle est essentielle.

Elle est essentielle, maintenant, on ne peut pas leur demander. Alors, la limite du participatif, euh elle est essentielle ils doivent y participer, ou en tout cas y être inclus. Maintenant, aujourd'hui malheureusement, avec les effectifs que l'on a, on ne peut pas exiger des soignants qu'ils fassent des projets comme à un moment on y a cru. Enfin moi, quand je suis sortie de l'école des cadres, il fallait que l'on fasse des groupes de travail. Il faut arrêter, moi les groupes de travail je veux bien, mais quand les soignants sont pris toute la journée. Après ça aussi c'est quelque chose qu'il faut qu'on adapte, et je trouve qu'il n'est pas encore complètement possible, euh ..., en tout cas pour moi, mais c'est peut-être parce que je ne suis pas de la jeune génération.

Et comment on peut faire en sous-effectif, car quand on les « dégage » du terrain mais qu'ils sont en effectif minimum, quoi. Donc tu ne vas pas les mettre à la bourre sur une heure. Donc c'est-à-dire les inclure, et pouvoir leur proposer d'y participer, dans la mesure du possible et comme ils le peuvent. Et puis alors moi j'ai ce mailing et je les inclus dans les projets.

**Relance : Et est-ce que cela apporte un sentiment de reconnaissance ?**

Ah bah oui bien sûr, mais attention. Il faut que cela serve à quelque chose parce que bien trop souvent, si c'est comme nous quand on est inclus dans les projets de l'hôpital. On nous fait plaisir, on fait du participatif, on nous demande notre avis, dont on ne tient absolument pas compte. Donc c'est toujours pareil, euh, les inclure dans un projet de service, si c'est pour qu'ils y participent que quelque part leur parole ne soit pas entendue ou encore qu'ils ne puissent pas porter un petit quelque chose, c'est nul, c'est même pire. C'est contre-productif. C'est pour cela que quand il y en a une, ici dans le service qui fait quelque chose d'elle-même, sur son temps ou autre. Je le dis à l'équipe, « merci à intel, d'avoir fait ça » pour les mettre en avant et à la cadre supérieure je lui dis. Cela les reconnaît dans l'implication quelles ont eu, dans le projet qu'elles ont mis en place. Mais également de voir concrètement ce qu'elles mettent en place. Parce que c'est pareil faire des projets, pour faire des projets qui finalement ne voient jamais le jour. L'équipe s'investit et met des choses en place qui n'aboutissent pas, on les démotive.

**Question 15 : Voulez-vous rajouter quelque chose sur le thème que je n'aurais pas évoqué?**

Non, merci.

## Retranscription cadre de Soins de Suite et de Réadaptation

**Date :** le 14/03/2023

**Consentement pour l'enregistrement :** oui

**Durée :** 39 minutes

**Sexe :** Femme

**Âge :** 30

**Dans quel service travaillez-vous ?** SSR

**Depuis quand ?** Depuis 10 mois

**Quelle est votre fonction au sein de l'établissement ?** Cadre de santé

**Depuis quand ?** Depuis 10 mois et faisant fonction cadre de santé depuis avril 2019 (4 ans)

### **Question 1 : Que diriez-vous du contexte hospitalier actuel ?**

Euh ..., voir une équipe à taux plein, euh ..., il y a beaucoup plus d'absentéisme.

Euh ..., je dirais que l'on n'est plus dans la même dynamique qu'il y a quelques années où les gens venaient spontanément remplacer. On est plus du tout là-dedans. Cela a beaucoup évolué. Après cela va être sur l'équipe.

Au niveau des lits, on est à flux tendu en permanence, avec une plus grosse charge de travail, je dirais aussi. Moi, je n'ai pas l'antériorité du SSR mais une grosse partie de l'équipe est là depuis l'ouverture du service, une quinzaine d'années. Et en fait ce qu'ils me disaient c'est qu'avant les patients, ce n'était pas une charge de travail aussi importante. C'étaient des patients beaucoup plus autonomes. Les lits n'étaient pas tous remplis. Euh ..., maintenant, c'est vrai que nous sommes toujours à 30 patients toujours, tous les jours. Et on a plus de la moitié du service ou c'est des aides à la toilette ou des toilettes complètes. Ça n'a jamais été comme ça. Donc il y a une charge de travail qui est énorme et le personnel est resté constant. Donc cela est beaucoup plus compliqué pour les soignants. Nous sommes à flux tendu dans tous les services.

### **Question 2 : Comment ce contexte influence-t-il votre management ?**

(SILENCE DE REFLEXION)

Moi, je trouve que l'on ne peut plus manager de la même façon. C'est ce que je te disais tout à l'heure. Moi quand j'ai commencé dans la fonction publique, on savait qu'il y avait une continuité des soins. On était plutôt malléable sur le planning, on les remplaçait spontanément. On savait qu'on n'avait pas le choix et puis on pouvait enchaîner les jours, et maintenant plus maintenant.

Il y a quand même une souplesse, l'équipe est arrangeante quand on essaie de travailler avec eux mais euh il y a beaucoup d'HSP, ça n'existait pas avant. Et finalement c'est devenu un peu un cercle vicieux. Euh ... et tu ne manages plus de la même façon. Autant avant tu pouvais leur dire : « voilà il faut changer tel jour ». Ils te disaient : « Ben oui ok ». Que maintenant s'ils veulent te dire non ils peuvent te dire non. Et puis ils vont aller prendre l'HSP chez le voisin et ça, ça n'existait pas.

Après, au niveau de l'impact sur le management, euh, tu peux me redire le début de ta question ?

### **Redites de la question**

Bah, je dirais aussi qu'il faut travailler avec ton équipe. Sur la mutualisation parce que nous on mutualise beaucoup avec le court séjour et c'est vrai que ça, on travaille avec l'équipe. Si jamais, il y a un arrêt sur le court séjour, on va leur prêter main-forte, car cela fait partie de notre pôle. Donc ça on le travaille avec l'équipe. Euh ..., l'impact que ça a, c'est que l'on travaille sur la charge de travail qui a beaucoup changé. Euh ...

## **Relance : Au travers de quoi par exemple ?**

Alors moi, je l'ai travaillé sur ..., je dirais des formations que j'ai remises en place pour les agents parce que ...

En fait ce qu'ils me disaient, c'est qu'avant ils n'avaient pas des patients aussi lourds au niveau des pathologies. Et du coup, des isolements par exemple ils en avaient très peu de Clostridium, des choses comme ça BHR, ils en ont jamais eu. Et c'est vrai que c'est des choses que l'on voit de plus en plus au SSR. Et ils me disaient : « on manque clairement de formation ». J'ai mis en place des formations, toutes les semaines sur le SSR, avec une thématique par semaine, que je fais sur 2 jours pour que toutes les équipes puissent l'avoir. Et ça a été un petit peu l'idée, de traiter plusieurs choses.

Alors autant on traite de l'hygiène, mais aussi on se questionne sur les pratiques, sur un patient qui va être dément et qui va refuser son traitement. Par exemple, ça on le fait en lien avec la neuropsychologue. On a également retravaillé avec le kiné et l'ergothérapeute, sur l'installation d'un patient. Là, aujourd'hui, la formation du jour c'est sur la bientraitance des patients. Donc je sollicite deux personnes de l'hôpital qui ont travaillé sur la bienveillance. Ils vont diffuser le film et on va faire un débat autour du film. En fait, on a, voilà, toutes les semaines, on impulse une formation nouvelle. Alors ça redonne un petit peu de clinique aussi on va travailler sur de la pathologie, mais ça redonne aussi un peu de dynamique à l'équipe. C'est une équipe qui est là depuis très longtemps, et qui se plaint d'être parfois en souffrance par rapport à la charge de travail, et au patient. Finalement pour sortir un petit peu de ça, je trouve que ces formations elles sont ... Bien, ça permet de parler d'autre chose et de recréer un petit peu d'envie de faire autre chose. Pour le patient ces formations-là, quand c'est l'hygiène pas forcément..., mais quand on reparle d'un patient dément qui est en refus de soins, cela permet de nous questionner. On se dit : « comment on pourrait faire ? ». Il y a un échange qui se fait dans l'équipe et puis ça redynamise l'équipe. C'était le but aussi de ces formations.

C'est redonner du sens au travail, parce qu'en fait elles sont tellement euh ..., avec une charge de travail très importante surtout les aides-soignantes. Le matin c'est vrai que c'est des toilettes, ça enchaîne quoi. Et finalement, je trouve que l'on peut vite perdre du sens à ce qu'on fait, si on est que dans le faire. Et ce temps de formation se fait sur l'après midi ou c'est un temps un peu plus calme pour eux. Et je me dis que cela redonne une dynamique, j'ai l'impression que ça redonne une dynamique au service. On se questionne, on échange entre nous, c'est un temps où j'invite tout le monde, médecins, ergo, kiné, infirmiers, aides-soignants et tout le monde retravaille ensemble. Et c'est très intéressant pour qu'il y ait une nouvelle dynamique, et que l'on ne soit pas que dans le faire et dans la problématique de l'hôpital actuel, qui est, bien oui, que la charge de travail elle est énorme. Et ça concrètement on ne va rien pouvoir faire. Les patients ils sont de plus en plus âgés. On a plus de plus en plus de centenaires, poly-pathologique, et ça on ne pourra rien faire. On en aura de plus en plus.

Il faut savoir que j'ai fait aussi des formations à leur demande donc ça les intéresse. En fait, je leur ai demandé sur quoi ils voulaient que l'on revoie des choses. De plus je fais participer des personnes du service. J'ai demandé au médecin de parler de la maladie d'Alzheimer de Parkinson, ça intéresse les soignants car c'est des problématiques que l'on retrouve au quotidien.

Il m'avait demandé aussi sur les matelas anti-escarres. Ils ont plein de fonctions mais, on ne les connaît pas. Bah... pas de problème, je fais venir la commerciale des matelas. Et tout le monde est venu, même les médecins. Et du coup bah... ça crée aussi plus de cohésion dans l'équipe et puis ça relance une dynamique. Et peu importe la formation finalement même si c'est l'hygiène. En effet, ils se sont dits : « tiens on ne connaît pas ça et puis on n'a pas vu ça et on va remettre ça en place ».

On est obligé de refaire ça avec les équipes, on est obligé de se mettre à jour. Par contre, il est impossible pour moi d'envoyer les agents en formation individuelle c'est impossible. Ce genre de formation était donc une méthode pour moi, pour tous les former à plein de petites choses. Alors ce n'est pas une grosse formation, on fait ça sur 1h mais cela permet de les former un petit peu sur différentes thématiques.

**Question 3 : Que pensez-vous du besoin actuel de fidélisation du personnel hospitalier et d'attractivité des différents hôpitaux ?**

Bah... c'est essentiel en fait. On travaille tous comme ça. L'idée c'est de pouvoir attirer le personnel dans notre service. Et c'est une fois qu'il est dans notre service, de le fidéliser effectivement parce que l'on n'a pas envie de reformer des nouvelles infirmières régulièrement parce que cela nous prend beaucoup de temps. Cela prend aussi beaucoup d'énergie pour l'équipe. Et une fois qu'elle est formée, c'est de pouvoir la garder et puis de travailler avec l'équipe en fait. Enfin moi je trouve qu'une équipe stable, bah... la prise en charge du patient elle est quand même, euh ..., améliorée. Moi c'est ce que j'ai remarqué ici, c'est une petite équipe qui est plutôt stable. Il y a eu quelques nouveaux mais ils se mettent dans la dynamique. C'est vrai que la prise en charge du patient c'est vrai que, c'est le top. Il y a une bienveillance et il y a une belle dynamique pour prendre en charge le patient. Et quand il y a beaucoup de turnover, on n'est pas dans la même dynamique. Et on le voit quand on a des vacataires, euh ..., l'investissement n'est pas le même dans le service. Le vacataire va s'en tenir aux soins à effectuer, mais il ne va pas s'investir dans le service. Il ne va pas s'investir dans toute la rigueur pour tenir le service pour surveiller le poids du patient etc... Ça c'est des choses que les filles elles font tous les week-ends. Tous les week-ends, elles regardent si les dossiers sont tenus à jour. Il y a plein de choses qui sont faites parce que... Il y a une grosse rigueur dans le service. Mais quand on ne tourne qu'avec des vacataires, concrètement, euh...bien, on ne l'a pas cette rigueur. Et ça se joue sur la qualité de prise en charge du patient. Enfin moi je le compare aux urgences où il y a beaucoup de turnover. De plus dans les urgences, il y a plein de petits services et du coup le personnel, il n'est jamais dans le même service. Et du coup le secteur bah finalement, le secteur il n'est vraiment pas investi, ça se ressent quand même sur la prise en charge du patient. Par exemple, on n'aura pas le matériel nécessaire. Et personne ne s'est questionné, tiens il manque ça depuis des mois mais personne s'est questionné. Alors que dans un service où le personnel travaille déjà depuis longtemps, ils ont envie de travailler dans de bonnes conditions donc ils vont tous s'impliquer dans le service en fait. L'intérêt pour le cadre pour moi finalement c'est de fidéliser son équipe et puis pour mettre des projets en place aussi pour les patients. Ou pour mettre des projets en place en équipe pour qu'il y ait une belle dynamique d'équipe aussi.

**Question 4 : A votre avis comment les membres de votre équipe trouvent-ils du sens au travail ? Qu'est-ce qui est le plus important pour eux ?**

Bah, euh ..., c'est un petit peu ce que je disais tout à l'heure. Le sens au travail on peut vite le perdre quand on ne voit que le côté négatif de l'hôpital. L'hôpital il y a du négatif, c'est certain, la charge de travail, c'est ce qu'on disait elle est énorme. Si on écoute l'équipe en fait on va vite tomber sur des négatifs. Je pense que c'est à nous d'impulser un petit peu de positif pour leur redonner du sens. Et moi, ces petites formations, pour moi c'était la façon de leur redonner du sens. Redonner du sens à l'équipe, déjà c'est de les impliquer dans la prise en charge du patient. Par exemple, nous on a un staff tous les mercredis, sur la moitié du service. Quand je suis arrivée ce staff, c'était avec l'assistante sociale, l'ergo, la neuropsychologue, le kiné, une infirmière, et la cadre. Et moi je me disais : « mais pourquoi Il n'y a pas d'aides-soignantes dans ce staff ? ». L'aide-soignante, elle est toute la journée auprès du patient. Elle connaît plein de choses sur le devenir du patient, c'est elle

qui va nous dire s'il est autonome ou pas. Et en fait quand j'ai questionné l'équipe elles me disent qu'elles ne savent pas, elles n'ont jamais été invitées. Et je leur ai dit : « mais il faut qu'il y ait une soignante en fait ». Et du coup maintenant il y a toujours une aide-soignante. Et en fait, du coup, elles sont très contentes, elles trouvent qu'il y a plus de sens à leur travail. Pour ce qui est de la question de l'autonomie c'est quand même elles qui sont le plus à même de répondre à la question. Et elles se sont senties valorisées. Et je pense que ça leur redonne un petit peu de sens à ce qu'elles font aussi, car sinon ce sont un enchaînement de toilettes tous les matins. Et ce qu'elles vont juste retenir c'est : « Oh là, notre charge de travail elle est énorme ». De plus, elles requestionnent leur prise en charge et ça leur redonne du sens.

### **Relance : Et les infirmières ?**

Alors les infirmières aussi ça va être plus sur la prise de traitement, sur la connaissance de la pathologie, la connaissance du traitement, euh ..., le lien avec la famille. Elles vont apporter plus d'éléments de ce côté-là et sur l'état aussi des plaies, car ce sont beaucoup de patients avec des plaies chroniques. Elles font la mise en lien avec l'équipe plaie et cicatrisation. Euh ..., mais pour moi, elles sont complémentaires en fait dans ce staff.

Après les infirmières ici, elles travaillent en étroite collaboration avec le médecin, je pense que pour une infirmière, euh ..., bien ..., ça permet d'avoir du sens.

Parce quand on est juste une exécutante du médecin, que l'on a une prescription sur « Sillage » qui arrive d'un médecin ou voir de plusieurs médecins et que l'on doit exécuter cette prescription sans se questionner, on perd vite le sens de notre travail et de pourquoi on a fait ce travail. Et ici ce n'est pas le cas en fait parce qu'elles sont en communication toute la journée avec le médecin. Elles peuvent se permettre de dire que, voilà elles ne sont pas d'accord, et là je trouve qu'il y a besoin de ça. Et il y a un véritable échange en fait, et ça je pense que c'est valorisant pour une infirmière. Elle ne se sent pas vraiment comme une exécutante qui ne sait même plus pourquoi elle a fait tel soin. Si je te dis ça c'est parce qu'aux urgences, j'ai eu des soignants qui m'ont dit que là ce n'était plus possible, on a tellement de travail, que l'on devient juste exécutant. Par exemple on va prélever 10 bilans et on ne sait même plus pourquoi on prélève ces bilans, et on perd le sens de notre travail. Et ça je ne le ressens pas du tout ici. Et je ne le ressens pas du tout parce qu'il y a vraiment une prise en charge globale et tout le monde travaille en permanence ensemble sur le patient. Et je pense qu'à partir de là, l'infirmière elle se questionne toute la journée ce qui est bien pour mon patient, qu'est-ce qui n'est pas bien. Et il y a une continuité qui se fait.

### **Question 5 : Comment vous y prenez-vous pour motiver vos équipes ?**

Euh ..., (SILENCE REFLEXIF)

Moi, je dirais que je vais être plutôt dans l'écoute, euh ... Ce que j'ai fait c'est que je les avais toutes vu à mon arrivée. J'ai cherché à comprendre pourquoi ils travaillaient ici. Quelles étaient leurs motivations et depuis quand ? Les connaître. Moi, je me suis présentée et aussi sur mon parcours. Ce que je leur ai dit c'est que je voulais qu'on travaille ensemble.

Euh ..., et pour moi la motivation de l'équipe, elle vient à partir du moment qu'ils ont confiance dans leur cadre. Confiance en fait, que moi, j'ai confiance en l'équipe, mais qu'eux ils aient confiance en moi, et que je puisse impulser des choses. Et ma façon d'impulser ça a été par les formations flash, ça c'est sûr. C'est clair, parce que eux ils y voyaient leur intérêt et moi j'ai aussi mon intérêt. Mon intérêt, c'est de les former et puis ça les remotive. Ça a été aussi remettre tous les staffs où tout le monde participe même les aides-soignantes. Ils ont leur staff infirmier et aide-soignante tous les jours moi j'essaye de venir. Je ne suis peut-être pas présente à tous les staffs mais j'essaie d'être présente je leur redonne des informations. Je leur demande de me dire s'ils ont des remarques. En fait, je suis dans l'échange continu avec l'équipe. Je suis dans une proximité parce que je peux me

le permettre dans ce service. Mais je suis dans une proximité au quotidien avec l'équipe et du coup c'est vrai que quand je veux mettre en place quelque chose et bien ils suivent tout de suite. Ça prend tout de suite ici parce que l'équipe elle est à taille humaine et que les infos elles passent tous les jours parce que je suis présente. J'aime bien faire également des audits sur les dossiers patients. On a fait un audit de dossier j'ai pris 10 dossiers. J'ai voulu faire un petit peu un constat de ce qui allait et de ce qui n'allait pas. Et je leur ai exposé comme ça, ce n'est pas du flicage mais c'est que moi j'ai besoin de faire le constat ou est ce qu'on en est dans nos indicateurs qualités que je leur ai fait. Je leur ai fait ça sous forme de pourcentage et l'idée c'était de voir où est-ce qu'on travaillait bien et où est-ce qu'on avait besoin de travailler. Par exemple le risque suicidaire quand je suis arrivée, il n'était jamais fait. Et du coup, je leur ai demandé pourquoi, et ils m'ont dit qu'ils ne savaient pas comment l'évaluer. Nous avons donc travaillé ça ensemble et aujourd'hui le risque suicidaire est à 100%, ils me le remplissent à chaque fois. On l'a travaillé ensemble et puis le fait de leur montrer. On veut voir aussi un petit peu les résultats de notre travail car c'est encourageant. Donc, je leur fais tous les mois, tous les mois, je leur fais un audit de 10 dossiers où je leur présente les résultats. Par exemple, en décembre, j'avais un grand nombre d'absentéisme, les soignants étaient épuisés, un gros coup de mou et ça s'est vu sur les audits. Donc je leur ai dit qu'il fallait qu'on se redonne un coup de collier car dans nos habitudes on est à 100% et là on n'est qu'à 60%. Là, je suis en train de refaire un audit dans le service et là c'est reparti. Je suis en train de faire l'audit on va être à 100%. Voilà en fait, je pense que c'est au quotidien qu'on les motive. C'est en étant au quotidien. Et puis moi, j'aime bien l'histoire de l'audit parce que c'est pareil sur la pharmacie, je vais essayer de me mettre des audits réguliers. Cela, me permet de revoir avec eux et de ne pas lâcher tout ce qu'on a mis en place pendant la certification. Le fait de faire de l'audit ça relance en fait régulièrement et je ne pense pas qu'ils le prennent comme un flicage mais plutôt comme un moyen de se redynamiser. Enfin, moi je leur ai exposé les choses comme ça. Et je le travaille comme ça au quotidien. Et puis ils sont hyper fiers d'eux en fait. Par exemple là ils ont fait un audit escarre. C'était un audit croisé de soignants entre le court séjour et le SSR. Et j'ai eu les résultats aujourd'hui et je leur ai dit qu'apparemment ils étaient l'un des meilleurs services de l'hôpital. Ils m'ont dit : « Ah bah génial, c'est super ». Et en fait ils sont hyper contents, de voir que leur travail paye. C'est une certaine fierté pour eux. Et ça c'est pour moi, c'est au quotidien. Et ce n'est pas en étant sur plusieurs sites, et c'est ça que je ne retrouvais pas aux urgences. Le cadre il est un peu partout mais du coup il est nul part. Il éteint des petits feux. L'équipe est tellement grande c'est une équipe à taille démesurée. On ne peut donc pas faire ce travail de proximité. Et là la chance que j'ai, c'est que c'est une petite équipe un petit service. Et finalement, en étant tout le temps avec l'équipe on peut impulser des petites choses au quotidien. Et du coup la dynamique elle tient.

#### **Question 6 : Quel lien faites-vous entre la motivation et le sens au travail ?**

Moi, je dirais que quand tu donnes du sens au travail que ça motive les agents. S'il n'y a pas de sens de toute façon tu n'es pas motivé, mais cela peu importe ta fonction. Même, moi en tant que cadre si je ne vois pas du sens, à ce que je fais ça ne va pas me motiver en fait. Moi ce qui me motive, c'est que les soignants, ils ont envie de, bah, de s'améliorer, qu'il y ait une bonne prise en charge des patients. Et du coup c'est ça qui va me donner des idées pour essayer d'impulser toujours une belle dynamique pour les patients.

#### **Question 7 : Actuellement on observe dans la littérature professionnelle et certaines études une demande de reconnaissance de la part des soignants qu'en pensez-vous ?**

Oui, effectivement.

Il y a une forte demande de reconnaissance, euh ... Je pense que c'est, que ça a été aussi avec la crise COVID, il y a eu de la reconnaissance temporaire. Et puis après il n'y a plus rien eu. Et puis

les soignants, ils ont beaucoup donné dans cette crise. Je pense qu'ils se sont épuisés et ils attendent que cette reconnaissance elle revienne. Et pas seulement de la part de l'encadrement, mais aussi de la part de l'hôpital en général.

Euh ... (TEMPS DE REFLEXION)

La reconnaissance après, on peut le faire dans son service mais si plus haut, il n'y a pas vraiment de reconnaissance. Les soignants ils ne vont pas ressentir qu'il y ai de la reconnaissance. On peut le faire nous en tant que cadre, mais il faut aussi que cela soit une reconnaissance de l'institution.

**Question 8 : Dans votre établissement, quelle est la politique de reconnaissance des collaborateurs ?**

Bah ..., pas toujours. Je dirais qu'on retrouve euh ...  
(PERPLEXE)

**Relance : Il y a-t-il des choses qu'ils mettent en place ?**

Euh ... (On sent un gêne sur cette question)

Sur euh ..., moi je dirais que le point noir, c'est le manque de personnel. En fait, on demande toujours plus aux soignants, mais la reconnaissance moi je ne la vois pas de la part de l'institution. On leur demande toujours plus mais nous quand on demande, euh ..., finalement il n'y a rien. Par exemple, je leur ai demandé un infirmier et là, ils n'en trouvaient pas et ils m'ont mis une aide-soignante à la place d'une infirmière. Ce n'est quand même pas anodin quoi, d'en arriver là. Voilà tout ce travail, moi, je vais être reconnaissante envers mon équipe, mais l'institution je ne trouve qu'il n'y a pas de reconnaissance. De l'institution c'est toujours non. Là, la reconnaissance de l'établissement, on ne la perçoit pas.

**Question 9 : Dans votre service, qu'attendent vos agents en termes de reconnaissance de votre part ?**

Euh ..., alors je pense que les soignants ont besoin qu'on leur dise de temps en temps, qu'ils travaillent bien. Qu'euh ..., donc la reconnaissance ça passe par là, c'est finalement les revaloriser sur leur travail. Essayez de les valoriser sur un travail collectif, mais aussi individuellement. Ce que j'aime bien aussi, ce que j'ai fait quand je suis arrivée, c'est que je l'aurais mis c'est, tous une référence mais en fonction de leur, euh ..., ce qu'ils avaient envie. J'ai cherché à savoir ce qui les motivait dans le service et je leur ai proposé d'être référent sur telle ou telle chose. Et du coup j'essaye de les motiver avec leur référence, donc individuellement je les motive comme ça. Et je les valorise en leur disant : « bah, voilà c'est bien, vous allez pouvoir former vos collègues ». Par exemple, la référente hygiène elle va se former et elle va fournir les informations à ses collègues et cela marche super bien. Et à chaque fois je la valorise : « les informations elles sont bien passées auprès de vos collègues grâce à votre formation, vous avez pu vous les former. »

**Relance : C'est donc cela qu'ils attendent de ta part ?**

Euh, il faudrait leur demander. Ce que je leur ai demandé, c'est ce qu'ils attendaient du cadre de santé. Je leur ai demandé quand je suis arrivée. Ils m'ont dit pour la plupart, ce qu'ils attendaient, c'était de l'écoute, du soutien et euh, poser du cadre quand c'était nécessaire. Voilà. Je pense que c'est ma façon de manager aussi. Je leur ai dit aussi que l'écoute, enfin que je souhaitais être disponible pour l'équipe. Euh, voilà tout en étant rigoureuse dans le travail, mais en tout cas avoir une certaine disponibilité et puis soutenir mon équipe face à l'institution. Ça va de soi pour moi.

**Question 10 : Au quotidien, comment manifestez-vous de la reconnaissance à vos agents ?**

Plutôt de la valorisation. Individuelle et puis collective. Et ça, je vais passer aussi le message lors des staffs quand c'est du collectif. Par exemple, là quand je vais avoir fini mon audit, quand les résultats sont bons je vais aller plusieurs fois au staff, je vais plutôt les valoriser de façon collective. C'est plutôt valorisant et on voit que tout le monde s'est remis à travailler sur les indicateurs qualités. Il y a eu un vrai travail de fait. Après de façon individuelle c'est plutôt par rapport à leur référence, à leur investissement dans le service mais ça va être aussi au quotidien.

**Question 11 : Jusqu'où pensez-vous pouvoir répondre aux besoins de reconnaissance de vos agents ?**

(SILENCE) ... Euh ... (LONG SILENCE DE RÉFLEXION)

Enfin la limite elle va aussi être posée par la direction, euh ...

(SILENCE)

La reconnaissance, je ne sais pas ce qu'ils attendent, mais s'ils attendent de créer de nouveaux postes parce que.... Ça je vais avoir des propres limites parce que si j'ai un refus de la direction, je ne pourrai pas. Je ne pourrai pas aller au-delà, même si j'entends que la charge de travail elle a augmenté mais voilà. Je pense que la limite elle va être là.

**Question 12 : Comment décririez-vous votre management ?**

Euh ..., j'espère plutôt bienveillant, plutôt de proximité. Je souhaite vraiment être au cœur, faire partie de l'équipe, mais bien sûr tout en ayant ma place de cadre. Mais, euh ... être intégrée à l'équipe pour pouvoir les faire participer, et les impliquer dans le service. Car moi quand je suis arrivée, il n'y avait pas de cadre depuis plusieurs mois et il ne voyait pas tout l'intérêt d'un cadre. Je leur ai dit que je n'allais pas leur reprendre les missions qu'ils leurs avaient été confiées, que moi j'étais plus là pour leur apporter un plus. Et voilà, l'idée c'est vraiment de les impliquer au service, de leur confier des missions pour qu'ils se sentent aussi... qu'ils aient envie de s'investir aussi. Et que moi, je suis le petit plus qui les aide, mais que je ne suis pas celle qui fait à la place de l'agent. Moi, je vois plus ça comme ça. Après, voilà donc je suis plutôt après voilà dans un management plutôt disponible, à l'écoute, mais j'aime qu'il y ait une certaine rigueur dans le travail, dans le service et ça, je pense qu'ils le suivent aussi.

**Question 13 : Que mettez-vous sous le terme de leader ?**

Le leader ? Je dirais impulser et travailler avec l'équipe en fait. Euh ... Enfin moi, je vois ça comme ça. Ça va être oui, impulser des petites choses, et que ce soit l'équipe qui le travaille ensemble. Pas imposer en fait. Pour moi, c'est ça. Imposer ça ne marche pas forcément, à donner des idées, travailler au quotidien avec l'équipe, les questionner, ça va être plus efficace.

**Suite de la question 13 : Et du coup, est-ce que tu t'identifierais à ce terme de leader ?**

Si je le décris comme ça oui.

#### **Question 14 : Que pensez-vous de l'inclusion des collaborateurs dans les projets de service ou de l'établissement ?**

Bah, euh ..., il est minime. Rire. Il est très minime.

Bah sur les grosses décisions d'établissement, nous au niveau des cadres on a peu d'impact, on n'a pas toujours les informations, euh ...

Tu peux me répéter la question ?

#### **Répétition de la question.**

Alors-moi si je prends moi au niveau de l'institution, je trouve que les cadres ont peu de marge de manœuvre et sont peu inclus dans les projets.

Euh, par contre pour mon équipe, je fais en sorte qu'eux soient inclus dans les projets du service. Pour moi, c'est à l'équipe de travailler ensemble, donc on le travaille toujours ensemble. On se questionne tous ensemble sur des projets de service, donc j'inclus tout le monde, c'est-à-dire de façon pluri professionnelle (la médecin, l'ergo, ...). Je ne suis pas leur cadre, mais ils font partie du service donc on implique tout le monde.

#### **Relance : Et qu'est-ce que vous en pensez ?**

Il y a une plus-value, c'est que ça va prendre, puisque tout le monde aura participé. Et cela sera une idée du collectif, c'est proposé par ce qu'on pourrait très bien se voir avec la médecin-chef et moi dire : « euh voilà, à partir de demain, on met ça en place dans le service », et si on l'impose mais ça ne marcherait pas. L'idée, c'est plutôt que l'on échange tous ensemble, sur comment on peut améliorer certaines pratiques et pas que toutes les 2 de notre côté. Et ça on le fait régulièrement de toute façon, on se questionne. Par exemple, là on se questionne sur les patients qui restent très longtemps. Nous dans le service on a une DMS de 30 jours, et on a des patients qui restent bien plus longtemps que ça dans le service. Et on s'est dit comment on pourrait faire ? On n'a pas été seul à le décider on a dû le faire avec toute l'équipe et on a essayé de trouver des solutions ensemble. C'est un questionnement qui est collectif. En fait, tout le monde va participer à ça auprès du patient. Je te donne un autre exemple, le livret étudiant. Quand je suis arrivée, j'aurais pu travailler le livret d'accueil de mon côté je l'ai fait aux urgences. J'aurais pu faire un copier-coller. Mais cela n'avait aucun intérêt. Qui va encadrer les étudiants que ce soit infirmier ou aide-soignant, c'est l'équipe, ce n'est pas moi au quotidien qui vais être avec les étudiants. Et du coup si le livret, il leur parle pas, ils ne vont pas s'investir. Ce que j'ai fait, c'est que je les ai sollicités pour qu'il crée ce livret entre eux et on a fait 2 super livrets, et cela part du travail des soignants. Et je suis contente car ils sont hyper contents de leur travail, moi je l'ai juste remis en forme. Et puis au quotidien c'est un outil qu'ils peuvent utiliser avec l'étudiant.

#### **Relance : Mais est-ce cela apporte aussi un sentiment de reconnaissance ?**

Bah ..., oui, parce qu'ils n'ont pas l'impression d'être des exécutants. Ils ont l'impression de travailler sur différents projets, ils le font, c'est ce qu'ils font d'ailleurs.

#### **Question 15 : Que pouvez-vous ajouter sur les thèmes abordés que je n'aurais pas évoqués durant cet entretien ?**

Je dirais que moi, je, moi, j'arrive à travailler comme ça dans ce service, mais que je n'ai pas pu toujours travailler comme ça, parce qu'en fait. Ici moi, j'ai vraiment de la chance. Je le vois comme ça j'ai la chance d'avoir une équipe à taille humaine avec qui on peut travailler comme ça mais...

quand tu es dans un service où tu as un seul cadre pour une équipe qui est déjà beaucoup plus imposante avec aussi beaucoup de médecins qui ne travaillent pas en collaboration. Et même en collaboration avec toi, et bien ça va être beaucoup plus compliqué d'impulser ta dynamique à ton équipe.

Euh ..., ici je travaille en collaboration avec les médecins et avec mon équipe mais à partir du moment où il y a... Je dirais il y a un dysfonctionnement dans tout ça, cela va se répercuter sur ton management.

Si ton médecin travaille à l'encontre de toi ou que si ton équipe est à l'encontre de tes valeurs. Tu ne pourras pas impulser tout ça car tu seras seulement dans du faire et de l'exécutif toi-même. Cela sera compliqué de sortir les soignants de cet exécutif pour leur redonner du sens pour moi.

# Diplôme de Cadre de Santé

## DCS@22-23

### TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

### TITRE DU DOCUMENT

Le besoin de reconnaissance des infirmiers  
Quelles compétences à développer pour le cadre de santé ?

### AUTEUR

Justine PHILIPPE

### MOTS CLÉS

Cadre de santé - Reconnaissance -  
Management - Motivation - Sens au travail

### KEY WORDS

Health manager - Recognition - Management -  
Motivation - Meaning at work

### RÉSUMÉ

Le monde hospitalier fait face depuis plusieurs années à un contexte contraint et incertain (réformes successives, hôpital entreprise, crise sanitaire) qui oblige les soignants à s'adapter sans cesse à de nouvelles organisations. Dans ce contexte particulier, les professionnels de santé verbalisent un manque de reconnaissance majeur quant à leur implication et expriment le besoin d'être reconnus au sein de l'institution sous diverses formes et par différentes personnes. Leur mécontentement actuel génère alors un manque d'effectif dans les services et un turn-over important, mettant à mal la qualité des soins. Aussi, cela devient un véritable enjeu pour les établissements de santé de trouver des ressorts pour redevenir attractifs et fidéliser le personnel. Au travers de mon mémoire, j'ai souhaité explorer comment le cadre de santé au travers de son « management » pouvait répondre à ce besoin croissant de reconnaissance. J'ai alors effectué des recherches dans la littérature professionnelle, mené des entretiens semi-directifs avec des cadres de santé, enquêté auprès d'infirmier(e)s pour tenter d'apporter des pistes de réponse à mon questionnement.

### ABSTRACT

For several years, the hospital world has been facing a constrained and uncertain context (successive reforms, hospital enterprise, health crisis) which forces caregivers to constantly adapt to new organizations. In this particular context, health professionals express a major lack of recognition of their involvement and the need to be recognized within the institution in various forms and by different people. Their current discontent generates a lack of staff in the departments and a high turnover, that jeopardizes the care quality. Therefore, it becomes a real challenge for health care institutions to find ways to become attractive again and to retain staff. Through my thesis, I wanted to explore how the health manager, through his "management", could respond to this growing need for recognition. I therefore carried out research in the professional literature, conducted semi-structured interviews with health managers, and surveyed nurses in an attempt to provide answers to my questions.