

DIPLOME CADRE DE SANTÉ



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

Rester ou partir ?

*Le rôle pivot du cadre de santé face au défi de
la fidélisation & la crise des vocations*

Mme. Baya AIT TAHAR
Sous la direction de Mme. Fatma ANANI

DCS@24-25

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.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1 CONTEXTE	1
2 SITUATION PROFESSIONNELLE	3
3 QUESTIONNEMENT	5
4 ENQUETE EXPLORATOIRE ET FACTEURS EXPLICATIFS DE LA QUESTION DE RECHERCHE :	6
4.1 Méthodologie :	6
4.2 Les Résultats :	6
4.3 Synthèse de l'enquête	8
5 EFFET DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'ORGANISATION HOSPITALIERE ET LA SANTE MENTALE DES SOIGNANTS :	11
5.1 Le concept de la santé mentale :	11
5.2 L'organisation et répercussion hospitalière en santé mentale :	11
5.3 Effets sur la santé mentale des soignants :	13
6 LE CADRE DE REFERENCE	17
6.1 La fidélisation	17
6.1.1 Le cadre conceptuel de la fidélisation	17
6.2 Le sens du travail	22
6.2.1 Définitions	22
6.3 Le sens au travail	24
6.3.1 Un concept à triple enjeux	24
6.4 La motivation	28
6.4.1 Origine du concept de motivation	28
6.5 La reconnaissance au travail : Un fondement de la motivation	35
6.5.1 Les formes de reconnaissance au travail	35
6.5.2 Les champs de la reconnaissance au travail	39
6.6 La diversité générationnelle	43
6.6.1 Le concept de la génération :	43
7 Le cadre de santé dans un champ d'intervention en mutation	47
8 CONCLUSION	52
9 QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSE	52
10 ENQUÊTE DE TERRAIN	53
10.1 Les prérequis	53
10.2 Un outil de recueil de données : l'entretien semi-directif	53
10.3 Planification et définition des objectifs	53
10.4 Structuration du guide d'entretien	54
10.5 Environnement de réalisation des entretiens	54

10.6	Population de référence	54
10.7	Choix des critères d'inclusion.....	54
10.8	Professionnels enquêtés.....	54
10.9	Avantages et limites des entretiens semi-directifs	55
11	<i>Analyse des résultats de l'enquête</i> :.....	56
11.1	La fidélisation des soignants – Une lecture à la croisée des pratiques managériales et des mutations contemporaines :	56
11.2	Le sens du travail : entre mutations générationnelles, crise sanitaire et rôle du cadre :.....	58
11.3	La motivation : un équilibre subtil entre reconnaissance, sens et adaptation :.....	61
11.4	La reconnaissance comme levier de fidélisation dans un management en mutation.....	63
12	<i>DISCUSSION</i>	66
	<i>CONCLUSION</i>	69
13	<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	74
14	<i>ANNEXES</i>	77

REMERCIEMENTS

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à ma directrice de mémoire Mme. ANANI, pour son accompagnement bienveillant, ses conseils avisés et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je remercie également l'ensemble de l'encadrement pédagogique de l'ESM pour la qualité de l'enseignement dispensé et leur soutien constant, un spécial remerciement également à ma référente pédagogique.

Ma reconnaissance va aussi aux professionnels de santé qui ont accepté de consacrer de leur temps précieux pour répondre à mon enquête avec sincérité et engagement. Sans eux je n'aurais pas pu rédiger ce mémoire. Je n'oublie pas ma famille et mes enfants, qui ont fait preuve cette année d'une grande patience et d'une tolérance admirable face à mes absences et à ma charge de travail.

Enfin, une mention toute particulière à mon beau-frère, dont le soutien m'a été précieux et réconfortant tout au long de cette année.

INTRODUCTION

Lorsque j'ai choisi de devenir infirmière en 2015, j'avais déjà en moi le désir d'évoluer vers un rôle de cadre. Cette ambition s'est nourrie au fil des années, portée par une conviction profonde : celle de vouloir agir à un niveau décisionnel. Être cadre de santé représente à mes yeux bien plus qu'un simple avancement hiérarchique : c'est une manière d'investir ma posture professionnelle au service d'un collectif, de contribuer à la structuration d'un projet de service cohérent avec les valeurs hospitalières telles qu'elles m'ont été enseignées.

Pourtant, comme beaucoup d'infirmiers, j'ai moi-même traversé des périodes de doutes. Le contexte hospitalier, les charges croissantes, les départs successifs et la perte de sens dans certaines situations m'ont parfois conduite à me questionner profondément sur mon envie de continuer dans ce métier. Ces interrogations, loin de m'éloigner de mon engagement initial, m'ont poussée à en repenser le sens et à envisager le rôle de cadre comme une réponse possible aux impasses que j'observais.

Cette volonté a été renforcée par un événement marquant : la crise sanitaire liée au Covid-19. Celle-ci a bouleversé les repères professionnels, fragilisé les collectifs de travail et révélé l'épuisement des soignants. Durant cette période, j'ai été amenée à assumer des responsabilités d'encadrement en l'absence prolongée de ma propre cadre de santé sur l'extra-hospitalier. Cette expérience imprévue mais intense m'a permis de mesurer l'impact du management au quotidien, et d'appréhender concrètement la complexité du rôle de cadre à des moments de grande tension.

Mon choix de travailler sur la question de la fidélisation des soignants n'est donc pas anodin. Il fait écho à une réalité que j'ai observée et parfois subie sur le terrain, la situation que j'expose dans ce mémoire concerne mon ancien service où j'avais débuté ma fonction d'infirmière et qui m'a fait évoluer : des équipes instables, des départs récurrents, une perte de repères et de sens. Fidéliser ne signifie pas simplement conserver du personnel, mais bien construire un environnement où les professionnels souhaitent rester. Dans un contexte de pénurie structurelle, cette problématique devient un enjeu stratégique et humain central pour l'encadrement.

Ce travail s'articulera ainsi en plusieurs temps, après avoir posé un cadre conceptuel, j'exposerai les résultats d'une analyse de six entretiens menés auprès de cadres de santé. J'y mettrai en lumière les leviers identifiés, les écarts générationnels observés, et les postures managériales les plus favorables à la rétention du personnel soignant

1 CONTEXTE

C'est un problème à l'échelle planétaire qui est antérieur à la crise sanitaire car « *La pénurie mondiale de personnel infirmier était un problème déjà bien établi avant la pandémie. En 2020, le premier rapport sur la situation du personnel infirmier dans le monde, publié par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a révélé que les effectifs infirmiers à l'échelon mondial se chiffrent à 27,9 millions de personnes et estimé que la pénurie mondiale s'élève à 5,9 millions d'infirmières. Les données indiquent que 89 % de ces pénuries se concentrent dans les pays à faible revenu et à revenu moyen inférieur, avec un gouffre dans les régions de l'OMS Afrique, Asie du Sud-Est et Méditerranée orientale*¹ ».

Il en est de même pour les conditions de travail qui se sont détériorées de manière substantielle. Ainsi, comme le souligne, à juste titre, le communiqué de presse de l'Ordre national des infirmiers dans une consultation réalisée auprès de l'ensemble des infirmiers inscrits à l'Ordre et à laquelle 60 000 infirmières et infirmiers ont répondu, « *Alors que 66% des infirmier(e)s estiment qu'avant la crise sanitaire leurs conditions de travail étaient « plutôt bonnes », voire « très bonnes », 85% des infirmiers salariés estiment que « leurs conditions de travail se sont plutôt détériorées depuis le début de la crise sanitaire » (89% pour les infirmiers salariés du secteur public*² ».

En effet, en dépit de la production législative tendant à améliorer les conditions de travail des infirmiers et à les reconnaître dans leur pratique, notamment à travers la loi du 21 décembre 2006 portant création d'un ordre national des infirmiers ou la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite HPST, nous assistons à un recul en termes d'attractivité aux métiers du paramédical en général et celui de l'infirmier en particulier. Nous pouvons donc légitimement nous interroger sur ce déclin en examinant les diverses dimensions qui y contribuent. La crise sanitaire, au-delà de son caractère pandémique, a été un révélateur venant mettre le curseur sur une mobilisation du personnel infirmier pour pallier le manque des effectifs dans un contexte exceptionnel.

¹ Note d'orientation du Conseil international des infirmières, [ICN Policy Brief Nurse Shortage and Retention FR.pdf](#), site consulté le 16/09/2024.

² Patrick Chamboredon, Président de l'Ordre National des Infirmiers, communiqué de presse, Paris, 05/01/2022. [CP Consultation infirmière ONI 05 01 2022.pdf \(ordre-infirmiers.fr\)](#), site consulté le 12/09/2024.

De ce fait, ce qui aurait dû être considéré comme un réel levier de valorisation du métier de soignant a eu un effet contraire en période post-Covid, en ce sens que l'engouement impliquant un examen de conscience avec la nécessité de revaloriser le métier de soignant n'a pas rempli ses promesses. Alors que les infirmiers ont été applaudis et médiatisés durant la crise, beaucoup ressentent un manque de suivi concret en termes de salaires ou d'amélioration des conditions de travail après la pandémie.

Cependant, le Ségur de la santé³, lancé par les autorités publiques au printemps 2020, visait à mettre en place un ensemble de mesures, parmi lesquelles se distinguent la transformation des métiers de la santé et la revalorisation des soignants. Il s'agissait aussi de définir une politique d'investissement et de financement visant à améliorer la qualité des soins, en simplifiant l'organisation du travail pour permettre aux équipes soignantes de se concentrer davantage sur leurs patients.

Ainsi, comme le souligne le rapport du Sénat sur la situation de l'hôpital, les conditions de travail des soignants pâtissent de ce climat d'épuisement engendrant une démotivation chez le personnel infirmier. *« Au cours des auditions, les mots « lassitude », « épuisement », « fatigue collective », « malaise », « souffrance » sont constamment revenus, que ce soit de la part de praticiens, de soignants, de cadres de direction ou d'autres acteurs de la communauté hospitalière. Si la motivation demeure néanmoins, tous ont alerté sur son érosion certaine et les risques qui en résultent pour le devenir de notre système hospitalier⁴».*

Ces termes, lorsqu'ils sont rapportés par des soignants soulignent généralement un climat de détresse morale et physique. Cela peut renvoyer à des situations d'épuisement, où les individus se sentent dépassés par leurs responsabilités, fréquent chez ceux qui travaillent dans l'accompagnement des patients. Ce vocabulaire traduit non seulement un épuisement individuel, mais aussi une fatigue collective, ce qui peut indiquer une détérioration du bien-être au sein d'une équipe, de la communauté de soignants. Le « malaise » et la « souffrance » vont plus loin, impliquant une dimension psychologique et émotionnelle. Ils signalent un besoin urgent de reconnaissance, de changement et de soutien pour restaurer un équilibre personnel et collectif.

³ <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/secur-de-la-sante/article/secur-de-la-sante-les-conclusions> (consulté le 24 septembre 2024)

⁴ Rapport du Sénat, *commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, rapport n° 587, 29 mars 2022*. Url : <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf> (Consulté le 24 septembre 2024)

Par ailleurs, l'érosion des effectifs infirmiers dans les hôpitaux s'est confirmée durant ces dernières années. « 21 % des infirmières hospitalières quittent leur emploi salarié après dix ans de carrière Les personnes entrées dans la profession d'infirmière entre 1989 et 2019 sont de moins en moins nombreuses à occuper, au cours des années, un emploi salarié, hospitalier ou non. Ainsi, alors qu'au départ, par construction, toutes occupent un emploi salarié, elles ne sont plus que 87 % dans ce cas au bout de cinq ans et 79 % au bout de dix ans ⁵»

2 SITUATION PROFESSIONNELLE

J'ai commencé ma carrière en tant qu'Infirmière Diplômée d'État en 2015 et j'ai depuis toujours travaillé dans le domaine de la santé mentale, au sein d'une unité d'hospitalisation à temps plein relevant d'un secteur adulte.

L'établissement public de santé mentale dans lequel j'exerce couvre 84 % du territoire départemental des soins en santé mentale et en psychiatrie. Cela représente un maillage populationnel d'environ 800 000 à 1,3 millions d'habitants.

L'établissement dans lequel je suis employée, n'a jamais connu de tensions au niveau des effectifs soignants. Doté de 16 ETP d'infirmiers avec 6 Aides-soignants, 1 chef de service, 4 médecins psychiatres, 2 secrétaires, un ergothérapeute, une psychomotricienne, une assistante sociale, une éducatrice spécialisée et 6 agents de service hospitalier ; le secteur d'intervention a maintenu une constance dans son offre de psychiatrie, ce qui lui permet d'assurer une organisation relativement efficace face à une demande de plus en plus croissante. Le secteur couvre une étendue de 6 communes représentant une population de 72 000 habitants, les seuls renforts que j'ai pu accomplir avaient été ceux appelés communément « des renfort vitaux » pour désamorcer des situations d'urgences d'un patient en crise sur d'autres unités.

En effet, les effectifs soignants paramédicaux par amplitude horaires de 7H36 pouvaient aller jusqu'à 6 comprenant 4 infirmiers, 2 aides-soignants pour une unité accueillant 25 patients.

Avec une telle couverture du besoin, on pouvait aisément être à la « disposition » du patient pour une prise en charge la plus optimale possible, avec des entretiens informels, des activités à médiation thérapeutique, des entretiens médicaux ...etc. Cet état de fait témoigne d'une qualité de soins et une prise en charge optimale du patient.

⁵ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Etudes et résultats, n°1277, 24/08/2023. Url : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-08/ER1277.pdf> (consulté le 12/09/2024)

En octobre 2021, j'ai pu occuper un poste de faisant fonction de cadre de santé en pédopsychiatrie. Une fois tous les 2 mois, nous tenions des réunions regroupant les cadres des pôles adultes et ceux de la pédopsychiatrie. Lors de ces rencontres, les échanges portaient régulièrement sur le manque de personnel soignant, dû à l'augmentation des arrêts maladie, des accidents de travail et des départs pour des raisons personnelles...etc.

Aussi afin de pouvoir pallier les absences, des soignants d'autres secteurs, y compris celui de la pédopsychiatrie, sur demande de leurs cadres et sur la base du volontariat, venaient en renfort dans le but de pouvoir assurer une continuité des soins. Dès lors, en juillet 2022, après plusieurs réunions entre les différentes directions / chef de pôle et chef de service et afin de pouvoir accorder les 3 semaines de congés annuels pour le personnel, une fermeture d'unité hospitalisation à temps complet avait été décidée occasionnant ainsi un transfert de patients autant que de soignants vers d'autres unités.

La durée de ce transfert était de six semaines. Pensant ce phénomène ponctuel, l'année suivante, par manque de personnel soignant, la direction en accord avec toutes les instances a fusionné « temporairement » deux secteurs pour pallier les manques flagrants et avéré de personnel. Or, le constat général depuis la crise sanitaire fait état d'une augmentation des besoins affectant la santé mentale de la population française induisant dès lors une carence en effectifs paramédicaux.

A ce titre, les indicateurs issus de l'enquête *Coviprev* en 2022 font sourcer « *24,5% de personnes présentant des troubles anxieux, 14,7%, des troubles dépressifs, 69,4% des problèmes liés au sommeil et enfin 11,7 % ont des pensées suicidaires* »⁶

Alors que la mutualisation des effectifs en renfort devait soulager la pression jugée passagère, la dynamique semble creuser davantage le déficit de personnel en raison d'une tension générée par une explosion des besoins donnant lieu à une saturation des urgences, une surcharge de travail pour les soignants engendrant une augmentation des arrêts et des accidents de travail.

La culture de l'effectif minimum (procédure dégradée) tend à s'installer durablement amenant l'usure professionnelle, la perte de sens et la détérioration de la qualité de vie et des conditions de travail, éloignant par là même les projets d'attractivité, de fidélisation du personnel.

⁶ Enquête Coviprev du 16/05/2022. Lien : [file:///C:/Users/pfsda/Downloads/pe_sante_mentale_ara_20220628%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/pfsda/Downloads/pe_sante_mentale_ara_20220628%20(3).pdf)
Consulté le 22/09/2024.

Partant de ce constat général et prenant appui sur ma pratique professionnelle en ma qualité de future cadre de santé, le questionnement qui s'offre à moi interroge en premier lieu certaines dimensions qui viennent se décliner comme suit :

3 QUESTIONNEMENT

- En quoi le cadre de santé peut-il fidéliser le personnel soignant dans un cadre contraint ?
- Quels leviers managériaux le cadre de santé peut-il mobiliser pour donner du sens à ses équipes ?
- En quoi le cadre de santé est-il en capacité d'agir pour fédérer l'action collective de ses équipes ?

Aussi ces nombreuses questions m'amènent à poser la problématique suivante :

Dans quelle mesure le management du Cadre de Santé peut-il fidéliser le personnel soignant dans un contexte de pénurie de personnel ?

4 ENQUETE EXPLORATOIRE ET FACTEURS EXPLICATIFS DE LA QUESTION DE RECHERCHE :

4.1 Méthodologie :

Dans cette phase exploratoire, nous avons jugé pertinent de recueillir les points de vue de deux cadres de santé travaillant exclusivement en psychiatrie et dans les unités d'hospitalisation à temps complet. Pour cela, j'ai choisi d'interroger deux cadres de santé issus de deux hôpitaux différents. L'objectif de cette démarche est de cheminer dans un raisonnement qui nous permet d'explorer la question de départ .

A ce titre, il convient de souligner que cette enquête, en raison de la taille restreinte de l'échantillon susmentionné, n'a pas vocation à être exhaustive ni pleinement représentative. Ainsi, afin de mener à bien ces entretiens, j'ai élaboré un guide (Cf. annexe I).

Voici le tableau récapitulant les personnes interrogées :

FONCTIONS	STRUCTURE	AGE	EXPERIENCE professionnelle	ANNEE DU DIPLÔME	EFFECTIFS SERVICE
CADRE DE SANTE	Hôpital psy intra	45	6	2019	25
CADRE DE SANTE	Hôpital psy intra	50	2	2024	ENTR 20 & 30

Les entretiens ont duré entre 30 et 35 minutes

4.2 Les Résultats :

Les entretiens réalisés ont mis en lumière des éléments clés qui ont enrichi et fait évoluer ma réflexion. (Cf. annexe II)

Profils des interviewés :

Les deux cadres de santé interrogés exercent dans le secteur public, avec une ancienneté variable (de 2 à 6 ans). Leurs unités comptent entre 20 à 30 agents. Les entretiens ont été menés par téléphone ou visioconférence.

a. Attentes des soignants vis-à-vis de leur encadrement

Les attentes principales relevées sont :

- Une forte demande d'écoute et de disponibilité,
- Un encadrement de proximité, avec une posture bienveillante,
- Un soutien face aux problématiques institutionnelles ou organisationnelles, notamment les situations de turnover et de démissions aggravés par la pandémie du Covid-19.

b. Rapport au travail selon les générations

La nouvelle génération accorde plus d'importance à l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle, ce qui entraîne une évolution des attentes vis-à-vis de l'encadrement. Le besoin de sens et de reconnaissance est accentué.

c. Rôle du cadre dans un environnement de travail épanouissant

Les cadres se voient comme garants d'un climat propice à la cohésion d'équipe et à la qualité de vie au travail. Ils soulignent :

- L'importance d'un management participatif.
- La nécessité de donner du sens à l'activité quotidienne.
- L'attention portée au mal-être, détecté via des signes comportementaux.

d. Valorisation des équipes

Les moyens utilisés sont :

- La reconnaissance verbale.
- La mise en avant de compétences spécifiques.
- L'organisation de temps de parole collectifs.

e. Actions pour renforcer l'engagement et la motivation

Parmi les leviers cités :

- L'autonomisation des soignants.
- La mise en place de projets collectifs.
- La promotion du travail en équipe et du sens clinique dans les soins.

f. Définition du sens au travail

Tous associent cette notion à :

- L'utilité perçue du travail.
- Les valeurs professionnelles (éthique, bientraitance).
- Le sentiment de contribuer au soin, au-delà des tâches techniques.

g. Contraintes organisationnelles (ex. travail en 12h)

Les cadres relèvent un paradoxe : malgré une présence accrue, les soignants ressentent une perte de qualité dans la relation soignant-soigné, ce qui altère le sens du travail.

h. Conseils à un cadre débutant

Les recommandations portent sur :

- L'écoute active.
- L'adaptation à la diversité des profils dans l'équipe.
- La co-construction avec les professionnels pour renforcer leur implication.

4.3 Synthèse de l'enquête

Les entretiens réalisés avec les cadres de santé révèlent une vision à la fois cohérente et nuancée de leur rôle, qui dépasse largement la seule dimension hiérarchique ou gestionnaire. Dans un contexte hospitalier en mutation, et plus particulièrement dans les unités de psychiatrie, le cadre apparaît comme un acteur pivot de la qualité de vie au travail. Sa posture et ses actions influencent directement le climat d'équipe, le sentiment d'appartenance et la dynamique collective.

Cette position centrale s'incarne d'abord dans une présence de terrain active et bienveillante, perçue comme indispensable pour instaurer un lien de confiance durable avec les équipes. Les cadres interrogés soulignent l'importance d'une écoute authentique, d'une disponibilité concrète, et d'un intérêt sincère pour le vécu professionnel des soignants. Il ne s'agit pas simplement d'être à l'écoute des difficultés, mais aussi de partager le quotidien, de comprendre les subtilités des situations rencontrées et d'être en mesure de reconnaître les efforts fournis.

Cette posture favorise une communication fluide, limite les tensions internes, et alimente un sentiment de reconnaissance, socle essentiel du bien-être professionnel.

Le contexte organisationnel actuel, marqué par une intensification du travail et des contraintes structurelles, comme les horaires en 12 heures, les effectifs réduits ou encore la charge documentaire, crée une pression constante sur les professionnels.

En psychiatrie, cette pression est accrue par la complexité des prises en charge, la confrontation régulière à la souffrance psychique, à l'agressivité, voire à la violence. Cette charge mentale importante génère une fatigue émotionnelle susceptible d'impacter la qualité des soins et la stabilité des équipes. Dans ce cadre, le cadre de santé joue un rôle fondamental de « médiateur de sens » : il accompagne les soignants dans la lecture et la compréhension de leur pratique, redonne du sens aux missions, favorise une réflexion collective sur la finalité du soin. Il devient ainsi un point d'appui symbolique, capable de réenchanter le quotidien professionnel en mettant en lumière les valeurs du métier et l'utilité sociale de l'engagement soignant.

Les propos recueillis mettent également en évidence une évolution générationnelle notable au sein des équipes. Les jeunes professionnels expriment des attentes nouvelles en matière de rapport au travail. Plus sensibles à la qualité de vie, ils revendiquent une reconnaissance explicite, une clarté dans les objectifs qui leur sont fixés, ainsi qu'un équilibre vie professionnelle/vie personnelle qu'ils refusent de compromettre.

Cette mutation des représentations oblige les cadres à ajuster leur posture managériale : il ne s'agit plus seulement de piloter les plannings ou d'assurer la conformité des pratiques, mais d'endosser un rôle de facilitateur, de passeur, voire d'« architecte du lien » au sein des équipes. Cela implique une réelle capacité à fédérer, à instaurer une culture de coopération et à soutenir les trajectoires individuelles au sein du collectif.

Les stratégies évoquées par les cadres pour valoriser et motiver les équipes traduisent cette volonté d'évolution. Il s'agit de faire vivre l'intelligence collective, d'impliquer les soignants dans les projets d'unité, de leur permettre d'être force de proposition. Cette dynamique participative favorise la responsabilisation, renforce la légitimité des soignants et contribue à la construction d'une identité professionnelle valorisante. La reconnaissance des compétences spécifiques, la mise en lumière des initiatives, l'instauration de moments de parole ou de co-développement apparaissent comme autant de leviers managériaux pour renforcer l'engagement.

Dès lors, le sens au travail s'impose comme un enjeu de gestion des ressources humaines à part entière. Il ne peut être dissocié de la qualité de la relation de soin, de la culture institutionnelle et de l'éthique du prendre soin.

Dans cette optique, le cadre devient un garant des valeurs professionnelles, mais aussi un animateur du collectif, capable d'identifier les ressources internes, de mobiliser les compétences, et de faire émerger des dynamiques positives malgré les contraintes.

Enfin, les discours convergent sur un point essentiel : le bien-être au travail est une responsabilité collective, mais il revient au cadre d'en être le pilote. À travers sa posture, ses choix d'organisation, ses méthodes de communication, il impulse une culture du respect, de l'écoute mutuelle et de la reconnaissance. Les conseils formulés à l'attention d'un cadre débutant insistent d'ailleurs sur des dimensions humaines et relationnelles : cultiver une écoute active, faire preuve d'adaptabilité, développer une posture réflexive, et surtout, co-construire les projets avec les équipes, dans une logique de partenariat. Le cadre n'est pas seulement un rouage du système : il est un repère, un soutien dans les moments de crise, un régulateur des tensions, mais aussi un acteur du changement, capable de porter une vision et de la faire partager.

5 EFFET DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'ORGANISATION HOSPITALIERE ET LA SANTE MENTALE DES SOIGNANTS :

5.1 Le concept de la santé mentale :

Enguerrand du Roscoät, Responsable de l'unité santé mentale, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France, explique très clairement que *« La santé des individus et des populations se définit à l'intersection de trois grandes dimensions : somatique, psychologique et sociale. Cela implique que la condition physique et la condition sociale influencent la santé mentale, mais aussi que la santé mentale détermine la santé physique et sociale. Autrement dit, il n'y a « pas de santé sans santé mentale »⁷*

Les problèmes de santé mentale représentaient déjà un enjeu majeur de santé publique avant la crise sanitaire de la Covid-19. Cette dernière a largement contribué à leur intensification, avec des effets qui risquent de s'inscrire dans la durée. Comme le souligne **Enguerrand du Roscoät**, la crise sanitaire a toutefois permis une prise de conscience collective *« Celle que nous avons tous une santé mentale, qu'elle est en grande partie déterminée par des facteurs environnementaux et que la préserver ne relève pas seulement de notre responsabilité individuelle, mais d'une responsabilité sociale et politique »*.

La dégradation de la santé mentale des Français a constitué un lourd tribut payé à la crise et aux mesures destinées à la gérer. Le rapport de l'étude CoviPrev de Santé publique France indiquait que la santé mentale des personnes interrogées restait dégradée avec une prévalence des états anxieux, dépressifs, des problèmes de sommeil et des pensées suicidaires ⁸.

5.2 L'organisation et répercussion hospitalière en santé mentale :

La pandémie de Covid-19 a eu un impact majeur sur l'organisation hospitalière en France, mettant en évidence les failles structurelles du système de santé et exacerbant les tensions dans les établissements de soins. Parmi les secteurs les plus affectés, la santé mentale a fait face à une augmentation drastique des demandes de prise en charge tout en faisant face à une désorganisation profonde des services hospitaliers.⁹

⁸Enquête CoviPrev du 22 au 23 avril 2021, publiée le 5 mai 2021, sante public France. (Consulté le 1 mars 2025).

⁹ DREES juillet 2022 n° 1235.

Dès les premières vagues de contamination, l'ensemble des hôpitaux a dû gérer un afflux de patients nécessitant une prise en charge prolongée, ce qui a alourdi considérablement la charge de travail des soignants. Cette surcharge a touché toutes les professions hospitalières : médecins, infirmiers, aides-soignants, personnels administratifs et agents logistiques.

Les hôpitaux psychiatriques en santé mentale ont dû réfléchir pour le maintien et la mobilisation de l'ensemble des dispositifs de soins psychiatriques, ambulatoires et hospitaliers car l'impact a été particulièrement sévère. La crise a entraîné des dysfonctionnements dans l'organisation des soins psychiatriques, notamment par la nécessité de réaménager les espaces hospitaliers pour respecter les normes sanitaires. La limitation des interactions entre patients et soignants a altéré la qualité des prises en charge, augmentant ainsi les risques de rechute et de complications psychiques chez les patients atteints de troubles mentaux, des retards dans les soins et de la réduction des capacités d'accueil. Les consultations en présentiel ont été réduites, les visites à domicile ont dû être reréfléchies et s'adapter en urgence à de nouvelles modalités de prise en charge.

Par ailleurs, la digitalisation accélérée des consultations en psychiatrie a permis d'assurer une continuité des soins à distance, mais elle a également mis en exergue les inégalités d'accès aux outils numériques. De nombreux patients en situation de précarité ont eu des difficultés à bénéficier d'un suivi adéquat, ce qui a aggravé les disparités sociales en matière de santé mentale.

Comme le souligne Lucie Berkovitch, Cheffe de clinique au GHU psychiatrie et neurosciences¹⁰ : « *Sortir des patients à peine stabilisés, limitation voire interdictions de visites et de permissions à l'hôpital, organisation de soins pour les patients infectés par le Covid, parfois fragiles somatiquement, ont été mis en œuvre* », de même « *force est de constater qu'aucune étude de grande ampleur sur l'incidence de la Covid en milieu psychiatrique n'a été publiée. Seules quelques données diffusées pendant la première vague font état d'un taux de contamination dans les services de psychiatrie bien plus faible parmi les patients que parmi les soignants (3 % versus 12 % au GHU Paris par exemple)* ». Le 19 avril 2020 deux médecins psychiatres témoignent sur la chaîne de radio Europe 1¹¹ « *Les hôpitaux psychiatriques face à la crise du coronavirus* ».

¹⁰ <https://www.encephale.com/Actualites/2020/Dossier-thematique-Covid-sante-mentale/Covid-en-milieu-psychiatrique-on-sait-si-peu-de-choses>

¹¹ https://www.youtube.com/watch?v=-xg_nhKZf3Y

L'un des psychiatres Dr. Mathieu BELLASSANE déclare « On fait de l'anti-psychiatrie quotidienne, c'est-à-dire qu'on a arrêté tout ce qui fait le soin psychique », « Une agitation croissante s'installe, car tous nos outils habituels pour apaiser l'ambiance — comme prendre le temps avec un patient, s'asseoir à ses côtés, jouer avec lui — sont devenus impossibles. Le retour des blouses et des masques crée une distance. C'est extrêmement difficile pour eux. On les enferme de plus en plus. Les personnes déjà repliées sur elles-mêmes ou phobiques s'isolent davantage encore, accentuant leur mal-être ». Dès lors se pose la question comment le personnel soignant peut prendre soins des patients dans de telles conditions ?

5.3 Effets sur la santé mentale des soignants :

Entre mars et mai 2020, au plus fort de la pandémie, Le Monde avait lancé un « Journal de crise des blouses blanches »¹², recueillant les récits de vingt soignants en première ligne. Plusieurs professionnels de santé témoignent de l'intensité de leur travail durant la crise sanitaire et relatant le quotidien bouleversé des professionnels de santé au cœur de la première vague de la pandémie de Covid-19 en France.

Au moment où l'épidémie frappe durement les hôpitaux, le personnel soignant – infirmiers, aides-soignants, médecins – se retrouve confronté à une surcharge inédite de travail, doublée d'un stress constant. L'ambiance dans les services hospitaliers est décrite comme tendue, lourde et incertaine. Les soignants évoquent leur fatigue, leur peur pour leurs proches, et leur sentiment d'impuissance face à un virus encore mal connu.

Ainsi, il est décrit une certaine stratégie d'adaptation du personnel, qui tient bon dans l'urgence, mais dont la fatigue physique et psychique commence déjà à se faire sentir. Certains témoignent que les “craquages” ne sont pas encore là car « On est dans l'action », mais qu'ils viendront sûrement après, quand la vague sera passée et que la pression retombera. L'article souligne une grande solidarité entre collègues, mais aussi une colère sourde envers les pouvoirs publics, accusés de n'avoir pas anticipé la crise, ni suffisamment protégé le personnel hospitalier (manque de masques, de blouses, de tests...).

L'accumulation des heures de travail, l'intensification des protocoles sanitaires et la peur constante d'être contaminé ont engendré une fatigue physique et psychologique généralisée chez les soignants. Les services de psychiatrie ont été confrontés à une explosion des cas de burn-out, d'anxiété et de stress post-traumatique parmi les équipes médicales, déjà fragilisées par des années de sous-effectif et de tensions budgétaires.¹³

¹²https://www.lemonde.fr/journal-blouses-blanches/article/2020/03/24/journal-de-crise-des-blouses-blanches-les-petages-de-plomb-du-personnel-vont-venir-plus-tard_6034274_6033712.html

¹³ Idem

Dans certains établissements, le manque de personnel a conduit à une redéfinition des rôles, forçant des professionnels non spécialisés en psychiatrie à intervenir auprès de patients souffrant de troubles graves. Cette situation a contribué à une détresse psychologique accrue chez les soignants, qui se sont sentis démunis face à des situations complexes nécessitant une expertise spécifique.

De plus, dans le rapport « La Santé en action : promouvoir la santé mentale des populations en temps de Covid-19 »¹⁴, il est souligné que la crise sanitaire a mis en tension extrême le système de santé français dès 2020. Cette situation a fortement impacté les professionnels de santé, déjà soumis à des conditions de travail difficiles.

L'étude confirme que les soignants ont été confrontés à une surcharge de travail, à un afflux massif de patients graves, à des pénuries de matériel, et à des décisions éthiques complexes, le tout dans un climat d'insécurité et d'isolement.

Les auteurs rappellent, à la lumière de nombreuses études (*Psycover*), que la pandémie a causé une explosion des troubles mentaux chez les soignants et des conséquences psychiques majeurs : troubles anxieux (30–42%), troubles du sommeil (40 %), stress post-traumatique (20–32 %), burn-out environ (50 %). Toujours d'après l'étude *Psycover* en France, 56 % des soignants interrogés en 2020 déclaraient une détresse psychologique. Les auteurs ont ainsi identifié certains facteurs aggravants ; d'un point de vue organisationnel : une surcharge de travail, réaffectations sur d'autres unités, manque de moyens. D'autres liés au personnel, antécédents psychologiques des soignants déjà fragiles, le fait également qu'ils soient en majorité du personnel féminin, et enfin l'âge des soignants. En conclusion, les auteurs insistent sur la nécessité impérieuse de mettre en place une stratégie nationale de santé mentale pour les soignants, avec des actions concrètes de prévention, de dépistage, et d'accompagnement thérapeutique.

Ainsi, le 9 octobre 2023, Mme. Agnès FIRMIN LE BOBO Ministre déléguée de l'organisation territoriale et des professions de santé a souhaité établir un état des lieux sur la santé des professionnels de santé¹⁵. Ce rapport co-rédigé par Alexis Bataille, infirmier, Marine Crest-Guilluy, médecin généraliste, et philippe Denormandie, chirurgien neuro-orthopédiste, met en avant la crise sanitaire du Covid-19 comme un catalyseur essentiel dans la prise en compte de la santé des professionnels de santé. La pandémie encore une fois a révélé et amplifié des difficultés préexistantes telles que la surcharge de travail, le déséquilibre vie

¹⁴<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/magazines-revues/la-sante-en-action-septembre-2022-n-461-promouvoir-la-sante-mentale-des-populations-en-temps-de-covid-19>

¹⁵<https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-sur-la-sante-des-professionnels-de-sante>

privée - vie professionnelle et un mal-être généralisé. Bien que la problématique ne soit pas nouvelle, elle a acquis une urgence particulière, servant de révélateur d'un mal-être structurel et soulignant la nécessité d'agir promptement pour préserver la santé de ceux qui soignent.

En 2023, Alexis Bataille dans une interview qu'il accorde¹⁶ à une association qui prend naissance la même année s'intitulant « *La fabrique des soignants* », explique : « qu'un soignant qui est bien dans son corps et dans son esprit est pareil qu'un militaire qui prend d'abord soin de lui avant de prendre soin des autres et le parallèle avec le militaire est « qu'un *soignant bien soigné, c'est un patient bien soigné* », il insiste qu'il « *faut un changement de culture car on est encore dans cette vision de société où les professionnels de santé sont donnés à la chose soignante, font preuve d'abnégation dans leur quotidien de travail, exercent par vocation. Dans la formation initiale, il y a peu d'appropriation de l'intérêt de prendre soin de soi avant de prendre soin des autres...* ». Contrairement aux soignants qui sont souvent contraints de travailler même en étant malades ou en souffrance psychologique. Il est crucial d'intégrer dans le système de santé l'idée que prendre soin de soi est une responsabilité individuelle (écouter son corps, éviter les comportements à risque) et collective (reconnaître et agir contre les violences physiques, managériales et organisationnelles auxquelles les soignants sont exposés) afin d'assurer leur bien-être et, par conséquent, la qualité des soins.

De ce point de vue, Lucie Berkovitch explique très bien que l'accumulation des heures de travail, l'intensification des protocoles sanitaires et la peur constante d'être contaminé ont engendré une fatigue physique et psychologique généralisées chez les soignants. Les services de psychiatrie ont été confrontés à une explosion des cas de burn-out, d'anxiété et de stress post-traumatique parmi les équipes médicales, déjà fragilisées par des années de sous-effectif et de tensions budgétaires.¹⁷

Dans certains établissements, le manque de personnel a conduit à une redéfinition des rôles, forçant des professionnels non spécialisés en psychiatrie à intervenir auprès de patients souffrant de troubles graves. Cette situation a contribué à une détresse psychologique accrue chez les soignants, qui se sont sentis démunis face à des situations complexes nécessitant une expertise spécifique.

¹⁶ https://www.youtube.com/watch?v=4_FdklhYAVM

¹⁷ <https://www.encephale.com/Actualites/2020/Dossier-thematique-Covid-sante-mentale/Covid-en-milieu-psychiatrique-on-sait-si-peu-de-choses>

Cinq ans plus tard, dans l'article du monde paru le 25 février 2025¹⁸, une vingtaine de ces mêmes professionnels ont été recontactés pour partager leur vécu depuis cette période. Leurs témoignages actuels révèlent « *une profonde désillusion* » face à l'absence de changements significatifs dans le système de santé français.

Un sentiment d'abandon persistant

Malgré l'engagement sans faille des soignants durant la crise sanitaire, beaucoup estiment que leur situation n'a pas évolué. « *Nous ne sommes pas plus considérés maintenant qu'il y a cinq ans* », résume un médecin, illustrant le désenchantement général. Les promesses de réformes et de reconnaissance faites pendant la pandémie semblent s'être évaporées, laissant place à une routine marquée par le manque de moyens et de personnel.

Des vocations ébranlées

Certains soignants ont choisi de quitter l'hôpital public pour le secteur privé ou d'autres carrières, déçus par les conditions de travail et le manque de perspectives. « J'ai tenu six mois après le Covid, puis j'ai craqué », témoigne une infirmière aujourd'hui en reconversion. Un jeune médecin, initialement enthousiaste à l'idée de travailler en réanimation, a préféré renoncer après avoir constaté que « rien n'avait vraiment changé : le sous-effectif, la pression, les gardes ».

Une solidarité intacte mais insuffisante

Les soignants se remémorent avec émotion la solidarité et la mobilisation exceptionnelles vécues durant la pandémie. « *On s'est sentis utiles, écoutés, pour une fois* », se rappelle un aide-soignant. Pourtant, cette cohésion humaine n'a pas suffi à combler les lacunes structurelles. « *Il n'y a pas eu de rupture, juste une reprise du "business as usual"* », regrette un cadre de santé, soulignant l'immobilisme politique.

Un appel à des réformes structurelles

Les témoignages convergent vers un constat alarmant : sans réformes structurelles, le système de santé français reste vulnérable face à de futures crises sanitaires. « *Le monde d'après", on l'attend encore* », ironise une urgentiste. Les soignants réclament une refonte du système incluant de meilleures conditions de travail, des salaires revalorisés et une vraie reconnaissance de leur engagement.

¹⁸ https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/02/25/les-blouses-blanches-cinq-ans-apres-le-debut-du-covid_6562616_3224.html

6 LE CADRE DE REFERENCE

6.1 La fidélisation

La pénurie de personnel et les difficultés de recrutement dans les établissements de soins constituent des défis majeurs pour le secteur hospitalier. Face à ces tensions, les établissements doivent non seulement renforcer leur attractivité, mais aussi mettre en place des stratégies efficaces de fidélisation du personnel. Cet enjeu est crucial pour garantir la continuité et la qualité des soins. Dans ce contexte, il est essentiel d'examiner les leviers permettant d'améliorer la rétention des professionnels de santé.

A ce titre, la fidélisation du personnel ne se limite pas à une simple politique de gestion des ressources humaines. Elle s'inscrit dans une démarche globale qui vise à créer un environnement de travail favorable, à valoriser les compétences et à répondre aux attentes des professionnels. Une fidélisation réussie permet de réduire le turnover, d'améliorer la qualité des soins et d'assurer une meilleure stabilité organisationnelle.

6.1.1 Le cadre conceptuel de la fidélisation

6.1.1.1 Définitions

La fidélisation dérive du mot *fidélité* que le dictionnaire de l'Académie française définit comme l'« *Attachement à ses devoirs, régularité dans l'accomplissement de ses engagements. Prêter serment de fidélité. Jurer fidélité, garder fidélité. La fidélité au souverain, à l'Église. Montrer une fidélité à toute épreuve. La fidélité d'un serviteur à son maître. Par extension. Par fidélité à une promesse, à la parole donnée, à un idéal. La fidélité à soi-même, le fait de ne pas varier dans ses engagements, dans ses opinions*¹⁹ ».

Nous retenons « la régularité dans l'accomplissement de ses engagements » comme postulat de départ à partir duquel nous développerons le concept de la fidélisation, en ce sens que la fidélité aux devoirs professionnels se traduit également par la constance et la rigueur dans l'exercice de ses missions.

Cette régularité est essentielle pour garantir la qualité et la sécurité des soins, tout en assurant une continuité dans la prise en charge des patients.

¹⁹ Dictionnaire de l'Académie française. Url : <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9F0691>. Consulté le 17/02/2025.

Un personnel soignant fiable et engagé dans ses responsabilités contribue à la stabilité des équipes et renforce la confiance entre collègues et avec les patients. L'établissement de soins bénéficie ainsi d'un cadre de travail harmonieux et performant, où chaque professionnel est un maillon essentiel dans l'organisation collective.

La fidélité aux devoirs professionnels est ainsi une dimension intrinsèque de la fidélisation du personnel. Lorsqu'elle est reconnue et valorisée par l'établissement, elle devient un levier puissant de motivation et d'engagement. Ainsi s'agissant de la fidélisation du personnel, le Grand dictionnaire terminologique la définit comme l'« *Ensemble de pratiques destinées à réduire la rotation du personnel qualifié en lui donnant le goût de rester dans l'organisation par l'instauration d'un climat de travail propice à l'épanouissement personnel ainsi qu'à la satisfaction professionnelle de chacun*²⁰ ».

Il est clair qu'à travers la définition ci-dessus, l'accent est mis sur l'environnement de travail qui vient fidéliser le personnel soignant. Concrètement, cela implique :

- Un environnement de travail motivant et bienveillant : les conditions de travail, le respect des temps de repos, ainsi que la prévention des risques psychosociaux jouent un rôle clé dans la rétention des professionnels.
- Une reconnaissance effective du travail accompli : valoriser les efforts et les compétences des soignants à travers des feedbacks positifs, des perspectives d'évolution et des primes incitatives permet d'encourager leur engagement à long terme.
- Une culture d'entreprise favorisant la cohésion et l'implication : le sentiment d'appartenance à une équipe et la coopération entre collègues sont des éléments essentiels pour renforcer la fidélité des employés.
- Des opportunités de développement professionnel : l'accès à la formation continue, la mobilité interne et les possibilités d'évolution de carrière encouragent les soignants à rester au sein de l'établissement.

Fidéliser c'est donner envie au personnel de s'impliquer et non le retenir. A ce propos, il convient de souligner la différence entre les deux termes *fidélisation* et *rétention*, car « *Bien que les termes fidélisation et rétention du personnel soient souvent employés comme synonymes, ils ont des sens différents dans l'usage actuel. La fidélisation sous-tend des pratiques positives qui visent à créer un lien affectif entre le salarié et l'employeur et à encourager sa loyauté, tandis que la rétention a une certaine connotation négative.*

²⁰ Grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française. Url : <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/8872552/fidelisation-du-personnel>. Consulté le 17/02/2025.

En effet, elle fait référence aux pratiques visant à décourager le salarié de partir, ou bien à le retenir par des avantages pécuniaires intéressants qui n'influenceront pas pour autant son rendement et son plaisir au travail²¹ ».

6.1.1.2 Fidélité - fidélisation conceptualisées

Rodolphe COLLE ²²donne une définition de la fidélité comme : « *Une attitude dans laquelle se trouve une personne ayant un sentiment d'appartenance fort et une très faible propension à rechercher et à examiner les offres d'emploi externes* » . *L'acceptation de la fidélité retenue ne concerne donc pas seulement la rétention de personnel, mais plutôt un sentiment d'appartenance ou d'attachement présentant deux facettes : une faible intention de quitter l'entreprise et une implication organisationnelle forte* ²³».

Si l'on se réfère à la définition de R. COLLE, nous déduisons que la fidélité du personnel désigne l'attitude et le comportement d'un salarié qui manifeste un attachement profond et durable envers son organisation. Elle se traduit par une implication active dans les missions de l'institution, une volonté de contribuer à son développement et une faible inclination à rechercher ou à considérer des opportunités professionnelles extérieures.

Aussi, « *Le concept de fidélité à une organisation, du point de vue des sciences de gestion, est complexe car il touche à l'affect et est difficilement mesurable. En effet, le seul calcul du turnover ne suffit pas à mesurer la fidélité. C'est la raison pour laquelle de nombreux chercheurs ont fait le choix de se focaliser sur la motivation de l'intention de départ appréhendée comme un processus, au lieu d'aborder uniquement les comportements observés de départs effectifs. Par exemple Neveu (1996) a proposé un cadre conceptuel séquentiel illustrant le lien : attitude – intention – comportement. Nous pouvons constater que les critères d'évaluation de la fidélisation se complexifient au fur et à mesure que les travaux sur cette problématique apparaissent, au point que ces critères se rapprochent de ceux de l'attractivité* ²⁴».

La fidélisation amène l'établissement à mobiliser les ressources nécessaires pour garantir l'engagement actif du personnel qui se traduit par une contribution réelle à la performance de cet établissement. Une personne fidèle s'implique dans son travail, partage les valeurs de l'organisation et cherche à améliorer son fonctionnement.

²¹ Ibidem.

²² Rodolphe COLLE est Maître de Conférences en Management des ressources humaines à l'IAE de Grenoble – Université Pierre Mendès-France Grenoble 2 et est responsable de la spécialité RH du Master Management. Chercheur associé au CERAG (centre d'études et de recherches appliquées à la gestion)

²³ COLLE Rodolphe, *Le rôle du sentiment d'auto-détermination dans la fidélisation des salariés*, 21^{ème} congrès AGRH : Nouveaux comportements, nouvelle GRH ?, Rennes & Saint-Malo, 17-19 nov. 2010.

²⁴ PETIT renaud et ZARDET Véronique, *Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management*, Revue @GRH, 22/2017, p.36.

Cette fidélité ne signifie pas pour autant un manque d'ambition ou d'opportunités, mais plutôt un alignement entre les attentes du salarié et celles de l'institution.

Ainsi, elle résulte souvent d'un environnement de travail motivant, d'une reconnaissance adéquate et d'une culture institutionnelle favorisant l'épanouissement professionnel.

Ainsi, « Une personne est considérée comme fidèle lorsqu'elle est en mesure de contribuer à la performance tout en ayant une faible propension à rechercher un travail en dehors de l'organisation (Peretti, Swalhi, 2007). Ainsi, la fidélisation est bien souvent associée au phénomène de turnover, alors même que ses origines sont multiples (Darmon, 1994). En effet, le départ peut être à l'initiative de l'organisation ou de l'individu. Le dispositif de fidélisation des salariés, défini comme l'ensemble des mesures permettant de réduire les départs volontaires des salariés (Peretti, 1999), s'intéresse uniquement à leur départ à leur initiative. Fidélisation et turnover sont donc liés sans pouvoir être confondus. Il s'agit finalement ici d'une fidélisation d'ordre physique, c'est-à-dire de présence ou non dans cette organisation, par rapport à d'autres organisations ²⁵».

Nous considérons généralement qu'une personne est fidèle lorsqu'elle contribue activement à la performance de l'organisation et qu'elle manifeste une faible propension à rechercher un emploi ailleurs. Cette définition met en évidence deux dimensions essentielles : l'engagement et la stabilité. Dans le monde du travail, la fidélisation est souvent abordée à travers le prisme du turnover. Une forte rotation des effectifs, comme nous le constatons dans le secteur du soin, est perçue comme un signe de désengagement ou d'insatisfaction, et les politiques de fidélisation sont souvent conçues pour réduire ce phénomène. Pourtant, la fidélité ne se résume pas à l'absence de départs volontaires. Elle repose sur des facteurs multiples :

L'alignement des valeurs et du projet de l'organisation : Un salarié qui se reconnaît dans les valeurs et la mission de son entreprise sera naturellement plus enclin à y rester. Dans l'économie sociale et solidaire, cet alignement est particulièrement déterminant.

Les conditions de travail et la qualité de vie : Un environnement de travail bienveillant, des relations professionnelles de qualité et une reconnaissance du travail accompli jouent un rôle fondamental dans l'attachement des collaborateurs à leur organisation.

Les perspectives d'évolution et de développement : La fidélité est également liée aux possibilités d'apprentissage, de progression et d'évolution au sein de l'organisation. Un salarié qui perçoit un avenir professionnel stimulant dans son entreprise sera moins enclin à chercher ailleurs.

²⁵ PETIT renaud et ZARDET Véronique, *Op.cit.*

La reconnaissance et la valorisation des compétences : Un salarié se sentira fidèle à son organisation si celle-ci reconnaît et valorise ses efforts, que ce soit par des rémunérations adaptées, des retours positifs ou des perspectives de montée en compétences.

Ainsi, réduire la fidélisation au seul enjeu du turnover revient à en limiter la portée. Une personne peut rester en poste sans être réellement engagée, tout comme un collaborateur peut être très impliqué tout en étant ouvert à d'autres opportunités. Pour favoriser une fidélisation durable et bénéfique à la performance de l'organisation, il est donc essentiel d'adopter une approche globale, intégrant à la fois les dimensions relationnelles, organisationnelles et personnelles du travail.

6.2 Le sens du travail

6.2.1 Définitions

Le sens du travail peut se définir, selon Caroline ARNOUX-NICOLAS²⁶, « *à travers la perception qu'a l'individu à la fois de son travail et de son rapport à celui-ci. Le sens repose sur son vécu de l'expérience réelle du travail, sur l'interprétation qu'il en fait et de ses expériences passées. Il permet à l'individu de s'inscrire dans le passé, le présent et le futur. Il dépend des caractéristiques interindividuelles et personnologiques de l'individu* ».

Selon l'ANACT (Agence Nationale pour l'amélioration des conditions de travail), « *le sens au travail comporte deux dimensions. Il s'appuie sur un vécu subjectif, et est le résultat d'une construction sociale et sociétale. Une entreprise - ou une collectivité - est associée à des valeurs et des missions, à une qualité de dialogue, à des rapports humains teintés par une culture, un métier, une histoire, etc.*

Le sens au travail est par ailleurs lié à l'activité elle-même. Il croise le sentiment d'utilité, la cohérence éthique et le pouvoir d'action, au sens de la transformation de la situation à laquelle nous faisons face, dans l'activité ou concernant la trajectoire de l'organisation dans laquelle on s'inscrit »²⁷.

A travers ces deux définitions, il apparaît clairement que les deux notions « sens du travail » et « sens au travail » revêtent un caractère complémentaire, lequel caractère détermine justement le processus concourant à la fidélisation des soignants.

De ce fait, le « sens du travail » relève d'un processus profondément personnel : il dépend de la manière dont chacun vit, interprète et s'approprie son activité professionnelle en fonction de son histoire, de ses valeurs et de ses aspirations. C'est une construction intime, qui s'inscrit dans le temps et évolue avec les expériences individuelles.

Le « sens au travail », quant à lui, s'ancre davantage dans le collectif et le contexte organisationnel. Il résulte de la manière dont l'environnement de travail permet ou non à l'individu de se sentir utile, aligné avec les valeurs de l'organisation et en capacité d'agir. Il prend forme à travers les relations humaines, la culture de l'entreprise, la reconnaissance, et la mission que l'on accomplit au sein d'un groupe.

²⁶ ARNOUX-NICOLAS, Caroline, 2019. Chapitre 2. Le sens du travail et ses enjeux pour l'entreprise. In : Donner un sens au travail Pratiques et outils pour l'entreprise. Paris : Dunod. Ressources humaines, p.59-108

²⁷ ANACT, Url : <https://www.anact.fr/pouvoir-agir-est-determinant-pour-construire-le-sens-au-travail> Consulté le 11/12/2024

1. Sens du travail : déclinaisons étymologiques

La notion de « sens » vient convoquer des définitions au regard du champ d'application et du prisme de perception. Ainsi, « *En psychologie, le sens se rapporte essentiellement à l'expérience de cohérence, de cohésion, d'équilibre, voire de plénitude. Le sens est aussi associé à la raison d'être et de vivre, à la vocation* (Frankl, 1969) ²⁸». Cette définition renvoie à cette vision de l'individu dans son choix vocationnel et la manière dont il perçoit sa future fonction. Par extension, le « sens du travail » vient conférer à cette vocation un caractère d'adéquation au regard de la fonction projetée.

Dans le même état d'esprit, « Yalom (1980) définit le sens en se référant à la cohérence, à l'intention qui est exprimée par quelque chose. La quête de sens implique une recherche de cohérence ²⁹». C'est justement cette quête de cohérence qui motive l'individu à se destiner vers telle ou telle fonction. Cela s'exprime de différentes manières avec toutefois un dénominateur commun qui renvoie à l'aspect vocationnel de l'individu. En agrégeant les deux définitions susmentionnées, nous pouvons donner une définition quant au « sens du travail » en tenant compte des trois dimensions la constituant, comme l'illustre la figure ci-après déclinée :

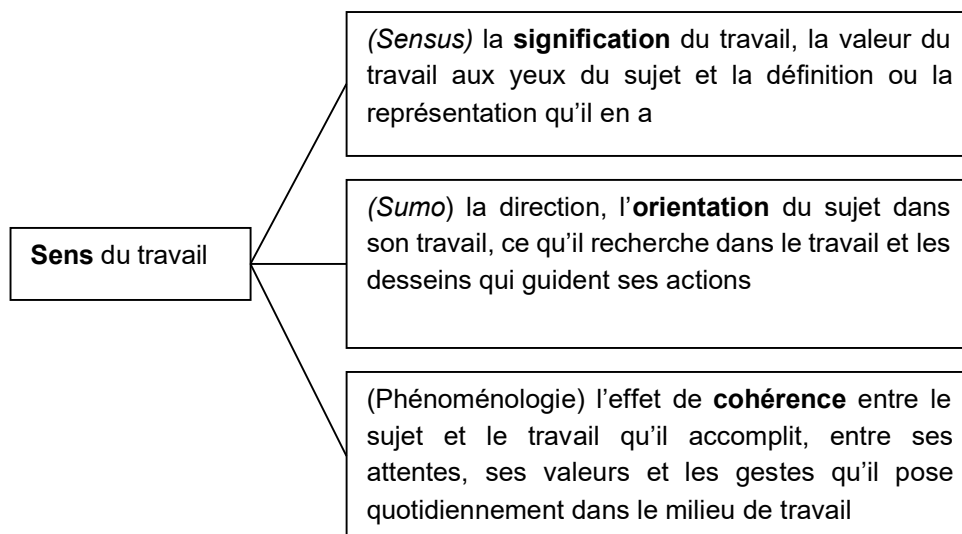


Figure 1 : trois définitions du sens du travail³⁰.

La figure ci-dessus schématise de manière claire les trois dimensions qui viennent nourrir le « sens du travail » en tant que notion, lesquelles sont : la signification qui renvoie à la vision idéaliste de la fonction, l'orientation qui a trait aux attendus de l'individu et la

²⁸ MORIN Estelle, Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel, Santé psychologique, Etudes et recherches R-543, 2008, p.3, 54p.

²⁹ Ibidem.

³⁰ In MORIN Estelle, op.cit, p.4.

cohérence qui est l'adéquation des deux dimensions. « *D'après Weisskopf-Joelson (1968), il est nécessaire que l'individu maintienne une cohérence entre les domaines privé (intérieure) et public (extérieure) de sa vie pour qu'il puisse y trouver du sens. Il semble que ce soit une condition sine qua non d'engagement personnel dans divers projets de vie. L'individu a besoin d'une histoire, d'un système de croyances qui lui permette de comprendre et d'interpréter son expérience à travers les événements de sa vie, pour qu'il y trouve du sens*³¹ ».

Cette citation vient corroborer la définition du « sens du travail », en ce sens qu'une personne a besoin d'un équilibre entre ce qu'elle vit à l'intérieur d'elle-même (comme ses émotions, ses valeurs, ses croyances) et ce qu'elle vit dans le monde extérieur (au travail, en société). Si cet équilibre existe, elle peut mieux comprendre ce qui lui arrive et donner du sens à sa vie. Cet accord entre vie privée et vie publique est important pour s'investir pleinement dans ses projets et avancer avec motivation.

Dès lors, comment ces éléments d'ordre personnel se conjuguent-ils avec des évolutions organisationnelles, collectives et sociétales ?

6.3 Le sens au travail

Le fonctionnement organisationnel, par les interactions sociales qu'il abrite, conditionne le sens que les individus composent au sein de leur travail. S'impliquer dans le devenir d'une organisation qui a pour objet un travail, une mission ou un objectif à accomplir, c'est reproduire une façon comme une autre de faire société. Or, ce qui fait société est « un ensemble dynamique de transformation de la réalité ³² ».

6.3.1 Un concept à triple enjeux

6.3.1.1 Pour les organisations

Abordant la question du sens au travail en lien avec l'organisation qui en détermine les interactions, Caroline ARNOUX-NICOLAS, se saisit de la notion du « construit social » en référence à l'approche méthodologique par laquelle les phénomènes sociaux sont créés, institutionnalisés et, pour ensuite être transformés en traditions ou normes qui conditionnent la relation entre individus dans une organisation.

³¹ Ibidem.

³² L'HUILLIER Dominique « Introduction à la psychosociologie du travail » Nouvelle revue de psychosociologie. 2023/1 N° 15.p.p

Les relations sur le lieu de travail sont importantes dans l'expérience du sens au travail. « Ainsi, le modèle de la construction interpersonnelle du sens « *Interpersonal sensemaking* », s'appuie sur l'idée que le sens du travail résulte du sens trouvé à la fois dans l'emploi, dans le rôle et pour soi-même dans le travail »³³.

Considérant ce point de vue, qui souligne le contexte à la fois interpersonnel et organisationnel, le sens devient une trame patiemment tissée au travail avec les autres et constitue un construit social que l'individu édifie sur la base de son expérience de travail et de son interprétation. Ce construit est référencé à trois lectures : la signification que se donne un individu de son activité, de son rôle dans l'accomplissement de cette activité et enfin ses ressources psychologiques et son identité propre qui relève de son individualité. C'est-à-dire la dimension de soi-même.

➤ Le sens au travail engagement et performance

Si l'individu nourrit une perception positive de son travail, son engagement sera de plus en plus affirmé. Sa contribution dans ses relations sociales aura un effet contributif d'une ambiance qualitative influençant ses rapports aux autres. L'impact sur ce qui se donne à voir dans le quotidien comme la ponctualité et la performance en termes d'objectifs, agiront positivement sur sa santé et sa qualité de vie au travail.

➤ Le sens au travail à l'épreuve des contextes en mutation

Les différentes mutations dont sont le siège les organisations qui tentent de s'arrimer à un environnement labile et en perpétuels changements, affectent le sens au travail. Considérant les changements auxquels était confronté le secteur hospitalier, il n'est pas étonnant que le sens au travail infléchisse massivement le sens attribué à la fonction soignante. Selon les résultats d'une enquête menée en 2021 par l'Ordre national infirmiers (ONI), « 40 % des infirmiers souhaiteraient changer de profession depuis la crise sanitaire liée à la Covid-19, soit une augmentation de 3 points par rapport à octobre 2020 »³⁴.

En effet, depuis plus de trente ans, le secteur de la santé subit de multiples réformes bouleversant le fonctionnement des établissements, la pratique des activités de soin par les professionnels de santé et leurs conditions de travail.

³³ ARNOUX-NICOLAS, Caroline, 2019. Chapitre 2. Le sens du travail et ses enjeux pour l'entreprise. In : Donner un sens au travail Pratiques et outils pour l'entreprise. Paris : Dunod. Ressources humaines, p.59-108.

³⁴ Ordre national des infirmiers (ONI) , Url : <https://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers-s-interrogent-sur-leur-avenir-et-souhaitent-des-evolutions-profondes-de-leur-metier#:~:text=Plus%20d'un%20an%20apr%C3%A8s,octobre%202020>). Consulté le 14/01/2025.

Parmi elles, figurent la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST), changeant la donne dans l'organisation du personnel hospitalier. Les quatre titres que comprend cette loi sont consacrés respectivement à l'Hôpital, à la répartition des médecins et à l'accès aux soins de villes, aux mesures de santé publique et à la prévention, enfin à la création des Agences régionales de santé (ARS) chargées de coordonner dans un cadre territorial l'ensemble des politiques de santé (hôpital, médecine de ville, santé publique et prévention).

Ce changement augmenté par les effets de la loi de modernisation de notre système de santé, du 27 janvier 2016, consacrant notamment la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et l'organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie, a profondément remodelé le contexte de l'ordonnancement et de la mise en œuvre de la politique publique de santé entraînant une quête de sens chez le personnel soignant.

Encore récemment et au sortir de la crise de la Covid 19, la stratégie « ma santé 2022 » dont l'objectif est de favoriser une meilleure organisation des professionnels de santé encouragés à travailler ensemble pour mieux coopérer au service de la santé du patient, traduit la métamorphose des organisations hospitalières.

6.3.1.2 Pour les professionnels

➤ Sentiment d'accomplissement ou d'efficacité personnelle

La quête de sens au travail est une problématique de plus en plus prégnante dans un contexte économique et sociétal mondialisé ou les nouvelles formes d'organisation et de management, l'intensification du travail occasionnant une surcharge mentale et la parcellisation des tâches suscitent l'absence de compréhension des missions confiées chez de nombreux salariés qui considèrent alors leur travail et leurs efforts comme inutiles.

Pour Serge Blanchard et Patrick Vrignaud³⁵ le sentiment d'efficacité personnelle s'apparente au « *sentiment de compétence* ». Ils le dissocient de l'estime de soi, le sentiment de compétence étant relatif à une classe restreinte de situations alors que l'estime de soi s'applique à une dimension plus générale.

Le sens au travail est alors entretenu selon que la personne se trouve en accord avec elle-même s'agissant du sentiment d'efficacité personnelle dans l'accomplissement des tâches qui lui sont dévolues.

³⁵ BLANCHARD, Serge; VRIGNAUD, Patrick. Intérêts professionnels et sentiment de compétences. *Questions d'orientation*. 1994, n° 4, p. 34

« Si le professionnel est conscient d'être compétent, son engagement dans l'action sera plus important. Par exemple, il ira volontairement travailler dans un secteur dans lequel il se sent compétent »³⁶.

De ce point de vue, la dégradation des conditions de travail attente en premier lieu au sentiment d'accomplissement qui affecte le sens au travail dans la mesure où le sentiment d'accomplissement est d'abord une sensation d'efficacité dans la réalisation de la mission confiée. Dans une rubrique coordonnée par Stéphane HENRIETTE portant le titre de « Tensions de changements et épuisement des personnels en hôpital psychiatrique »³⁷, le sentiment d'accomplissement est convoqué dans les conditions de sa réalisation au sein de l'hôpital psychiatrique. *« La faiblesse du sentiment d'accomplissement est associée à trois types de tensions : les tensions du côté des relations et comportements, ainsi que les tensions relatives aux changements jugés excessifs, inadaptés, mais aussi encore à venir et redoutés, et les changements de projets, d'orientation de l'activité et de valeurs. En particulier, les tensions dues à des changements de hiérarchie sont associées à des scores d'accomplissement personnel bas. La hiérarchie hospitalière est souvent perçue comme imposant ses décisions, sans concertation. La disponibilité auprès du patient est en particulier vécue comme non reconnue par ces choix gestionnaires. À terme, cela peut se révéler négatif pour la qualité des soins, en même temps que constituer un facteur d'un stress supplémentaire »*

³⁶ ERNY Jean Charles, « *Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle* » recherche en soins infirmiers 2010/2 N° 101

³⁷ Marie-Christine Piperini, Stéphane Simonian, Sylvia Topouzkhianian, « *Tensions de changements et épuisement des personnels en hôpital psychiatrique* ». Rubrique coordonnée par Stéphane Henriette Dans L'information psychiatrique 2023/10 (Volume 99), pages 711 à 720 Éditions John Libbey Eurotext John Libbey Eurotext

6.4 La motivation

6.4.1 Origine du concept de motivation

6.4.1.1 Définition

Selon le dictionnaire Le Robert, la motivation est définie comme « Ce qui motive un acte, un comportement, ce qui pousse quelqu'un à agir ». Le dictionnaire Larousse (2022) définit la motivation comme des « raisons, intérêts, éléments qui poussent quelqu'un dans son action ».

L'encyclopédie universalis traduit le concept de la motivation dans « *le processus psychologique responsable du déclenchement, du maintien, de l'entretien ou de la cessation d'une conduite. Elle est en quelque sorte la force qui pousse à agir et penser d'une manière ou d'une autre. Ainsi, le recours au concept de motivation s'avère particulièrement utile pour comprendre les cognitions et comportements dans bien des champs de l'activité humaine : l'éducation, le travail, la santé en sont quelques exemples* »³⁸.

« *Étymologiquement, le terme motivation vient du verbe latin moveo qui veut dire mouvoir, bouger. C'est donc bien cette idée de mouvement que cherche à comprendre la motivation... La motivation est ce qui explique le dynamisme du comportement* »³⁹.

Néanmoins, ce concept de motivation recouvre des définitions multiples et variées. Afin d'en réduire les contours, nous le définirons à partir du champ du travail.

Pour Edgar Thill, professeur à l'université, la motivation représente « l'ensemble des forces intrinsèques et extrinsèques qui déclenche une action, l'oriente, et suscite une persistance plus ou moins grande du comportement qui lui permet de se pérenniser ».⁴⁰

Enfin, nous retenons également la définition officielle de l'Institut des hautes études de l'éducation et de la formation⁴¹, qui définit la notion de motivation au travail. Cette définition est le fruit d'une réflexion collaborative entre Edgard Thill et Robert J. Vallerand (psychologue) et indique que « *la motivation est 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* ». Ils ajoutent que le déclenchement est lié à l'individu et à son état passif ou actif.

³⁸ <https://www.universalis.fr/encyclopedie/motivation-psychologie/>

³⁹ FENOUILLET F, (2023), Les théories de la motivation - 2e éd. (p. 291-292). Dunod. <https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/les-theories-de-la-motivation--9782100793228-page-291?lang=fr>

⁴⁰ <https://www.tremintin.com/joomla/interviews/70-interviews-2010-2015/2911-thill-edgar-la-motivation>

Consulté le 31 janvier 2025.

⁴¹ <https://www.ih2ef.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/fiche-la-motivation-au-travail-tout-en-fiches-6826.pdf>

Alors que Raoul Pantanella (1992), considère la motivation comme « une énergie qui nous fait courir », l'envisageant par son aspect dynamique « *comme une force qui pousse l'individu à agir* »⁴². Il reviendra à la théorie de l'autodétermination, développée par le psychologue Edward L. Deci et l'éducateur Richard M. Ryan (2000) qui ont le mérite, selon moi, d'éclairer les aspects concrets des différentes manifestations de ce concept dans les réalités professionnelles observées.

Par ailleurs, en mettant l'accent sur la cognition, les croyances et les émotions qui influencent la motivation, Fabien Fenouillet⁴³, psychologue de formation, s'est particulièrement intéressé à la motivation du point de vue de la dynamique des comportements humains. L'auteur mobilise l'approche cognitive pour expliquer les processus mentaux pouvant traduire les déterminants motivationnels des comportements humains. Selon cet auteur « *la motivation vise à expliquer pourquoi nous agissons à établir la cause de notre comportement. Cependant, même si la motivation permet effectivement d'établir la cause du comportement, elle n'est de toute façon pas l'unique facteur explicatif du comportement. Ainsi, même si la motivation vise à expliciter la cause du comportement humain, ce n'est pas au travers de cet objectif qu'il est possible d'en définir la spécificité* »⁴⁴.

6.4.1.2 Les théories de la motivation

Pour les besoins de notre recherche j'ai privilégié de cibler deux paradigmes conceptuels pour expliquer les aspects concrets de la motivation au travail. Les théories de la cognition d'une part et les théories de l'autorégulation d'autre part.

A- La théorie de la cognition

➤ La théorie du choix cognitif

La théorie du choix cognitif émerge dans un cadre plus large des théories de la motivation, qui cherchent à expliquer ce qui définit, et peut être conditionne, le comportement humain. Pourquoi et comment les individus s'engagent dans certaines actions à l'exclusion des autres. Contrairement aux théories basées uniquement sur les instincts, les approches cognitives mettent l'accent sur les processus mentaux impliqués dans la prise de décision et l'engagement motivationnel. Pour comprendre le fonctionnement des mécanismes de la

⁴² PANTANELLA Raoul « *Un certain regard...pour motiver autrui, il faut l'être soi-même* » cahiers pédagogiques (N°300, Janvier 1992. .pp.10-12.

⁴³ FENOUILLET, Fabien « Les théories de la motivation » P.P 3-14

⁴⁴ *Idem*

motivation, sourcer l'origine des processus qui déclenchent le comportement humain, je me suis intéressée aux trois approches suivantes :

➤ **L'approche cognitive et interactionnelle classique**

L'approche d'ATKINSON suggère une visée constamment recherchée par les individus qui consiste à relever les défis pour les besoins de réussite. La voie empruntée pour atteindre ce but ultime consiste dès lors à éviter l'échec. L'évaluation rationnel en le risque de l'échec et l'opportunité d'une réussite, implique le comportement motivationnel.

« Le modèle d'Atkinson (1957), basé sur le calcul des motivations d'approche et d'évitement, permet de déterminer les préférences des individus pour tel ou tel choix dans le cadre des comportements de prises de risque (Risk taking behavior). Pour ce modèle comme pour beaucoup d'autres, il n'existe pas de processus spécifique à la prise de décision en dehors des déterminants motivationnels. Atkinson (1957) estime d'ailleurs que l'un des deux enjeux majeurs de la motivation est sa capacité à « rendre compte de la sélection d'une action par l'individu parmi toutes les alternatives possibles » (p. 359, traduction libre). Autrement dit, si une option a un bénéfice supérieur à une autre, elle emporte nécessairement la décision de l'individu rationnel. »⁴⁵

De ce point de vue, c'est les attendus de la réussite et l'importance du but à atteindre à travers l'accomplissement des tâches qui y conduisent, associés à la conviction que les chances de réussite l'emportent sur les risques d'échec, qui déterminent le comportement motivationnel.

➤ **L'approche cognitive intermittente de VROOM**

Selon VROOM (1964), la motivation est le siège d'un trépied soutenu par 3 déterminants : L'attente, instrumentalité et la valence dite expectation⁴⁶.

➤ **L'attente :**

C'est la perception soutenue par un individu par laquelle celui-ci se projette dans un effort devant aboutir à l'atteinte d'un but pouvant être sanctionné par une performance. Une telle projection suppose des ressources chez l'individu en termes de confiance en soi et de compétences éprouvées ou supposées. Cette attente est estimée par un examen de l'intéressé(e) pour soupeser les efforts qu'il est possible de déployer. Pour illustrer cette vision : *Une infirmière sera motivée à travailler dur pour son projet de formation si elle croit*

⁴⁵ FENOUILLET Fabien « La place du concept de motivation en formation pour adulte » in revue internationale en éducation et formation des adultes. Savoir 2011/1 N°25. P.P 25

⁴⁶<https://www.prometheis.fr/2021/05/10/la-motivation-au-travail-comment-laugmenter-suivant-la-theorie-de-vroom-engagement-management-bienetre-theoriesdesattentes-theorievie-objectifs-smart>.

que cela lui permettra réellement d'atteindre ses objectifs en termes d'évolution de carrière, de projet familial par l'équilibre de la vie privée et vie professionnelle.

➤ **L'instrumentalité :**

Les attentes ont une raison utilitaire et une finalité suivant lesquelles l'individu est amené à percevoir la possibilité d'obtenir le salaire de l'effort c'est-à-dire une récompense à la juste hauteur de l'effort consenti. Cela veut dire que la personne estime la quantité de l'effort à la probabilité que la récompense soit obtenue. Les attentes inciteront un individu à agir s'il perçoit une relation d'instrumentalité, il doit donc pouvoir s'attendre à obtenir telle ou telle récompense en fonction de sa performance (entre ainsi en ligne de compte la probabilité que la récompense soit bien obtenue). Cela dépend de la fiabilité du système de reconnaissance. A titre d'exemple : Une gestion des carrières ouverte pour les soignants au sein de l'hôpital pouvant donner une espérance de gagner en salaire en qualité de vie au travail et autres perspectives rentrant dans le panier de l'attractivité.

➤ **La valence :**

C'est la valeur que l'individu accorde à l'avantage obtenu. Ces relations d'expectation et d'instrumentalité seront d'autant plus motivantes que les croyances, les compétences et les ressources de l'individu accordent de la valeur à la récompense. *« L'individu accorde de la valeur aux avantages obtenus ».*⁴⁷

L'importance que chacun accorde à la récompense semble déterminer l'attente et l'instrumentalité prévues par la personne, mais cette récompense s'apprécie selon une certaine idée ramenée à la subjectivité de la personne. La même récompense ne préjuge pas du degré de motivation d'un personnel soignant, par exemple, pour accomplir une tâche ou s'engager dans un projet.

➤ **La théorie de la fixation des objectifs**

LOCKE (1968-1975) postule le principe selon lequel le comportement de l'individu est pensé à dessein dicté par des objectifs à atteindre c'est-à-dire d'une manière rationnelle. A ce titre, l'intentionnalité du comportement s'explique par la fixation d'objectifs atteignables, mesurables et évaluables suivant les étapes déterminées. De ce point de vue, l'intentionnalité recouvre la volonté d'agir dans un sens selon le contexte défini et résulte

⁴⁷ Idem

d'une poursuite d'objectifs préalablement stabilisés. Selon LOCKE, l'individu est motivé surtout par ses objectifs conscients.

Pour cela, l'auteur « pose l'hypothèse selon laquelle l'individu est rationnel et est donc à mesure de se fixer des objectifs et d'orienter sa conduite pour les atteindre. Ainsi, selon cette théorie, l'individu s'adonne mieux au travail si ses objectifs de rendements pour l'entreprise sont élevés »⁴⁸.

Cette question d'objectifs et de but fixés a été abondamment traité par les théoriciens du concept de la motivation qui comme « Fishbach et Ferguson (2007) définissant le but comme une représentation cognitive d'un état final susceptible d'avoir un impact sur les évaluations, les émotions et le comportement »⁴⁹. selon Fabien FENOUILLET, de nombreuses recherches ont montré que la représentation de l'état final en tant que tel a « un effet sur les efforts déployés par les individus pour atteindre cet objectif (Cosnefroy et Fenouillet, 2009). Dans cette acception, les buts contiennent des informations sur cet état final et permettent aux individus de déterminer les moyens (plan, stratégie, objets) à mettre en œuvre pour l'atteindre (Latham et Locke, 2007). Les buts représentent également la partie visible du projet si chère à Nuttin (1991). De plus, de nombreuses théories motivationnelles montrent que les buts induisent une orientation générale du comportement propre à chaque individu qui explique pourquoi certaines personnes vont systématiquement rechercher les challenges alors que d'autres vont par contre les éviter (Nicholls, 1984 ; Dweck et Legget, 1988 ; Elliot et Harackiewicz, 1996) »⁵⁰.

B Les théories de l'autodétermination

La théorie de l'auto-détermination (TAD), élaborée par Edward DECI et Richard RYAN (1985, 2000)⁵¹, est une approche cognitive et motivationnelle qui explique la motivation du comportement individuel par « le besoin de la personne de se sentir compétente et d'être à l'origine de ses propre comportements »⁵²

Selon cette approche, la motivation est mouvementée en augmentation ou en diminution selon le degré d'autonomie de l'individu dans la réalisation de l'activité. Plus une personne est autonome dans ses choix, plus elle sera motivée à long terme. Selon Edward DECI et Richard RYAN les besoins psychologiques jugés déterminants pour emporter l'adhésion,

⁴⁸ L'Essentiel des théories de la motivation. Complément au cours de Management de G.Zara. https://www.google.fr/https://www.reshomini.com/file/si1691004/download/THEORIES_DE_LA_MOTIVATION_DES_INDIVIDUS_AU_TRAVAIL-

⁴⁹ FENOUILLET Fabien « La place du concept de motivation en formation pour adulte » in revue internationale en éducation et formation des adultes. Savoir 2011/1 N°25. P.P 27

⁵⁰ Idem

⁵¹ <https://www.ih2ef.gouv.fr/sites/default/files/2022-11/fiche-la-motivation-au-travail-tout-en-fiches-6826.pdf>

⁵² Idem

l'engagement et la motivation d'un individu découlent de la marge d'autonomie ressentie par la personne, du sentiment d'exercer une compétence concluante et de l'appartenance au construit social de l'organisation à laquelle elle est rattachée.

1. L'Autonomie : Cela se résume à la capacité qu'a une personne à prendre des décisions dans le cadre de son travail par exemple, avec une aptitude d'intégrer les décisions prises au paysage professionnel dans lequel elle évolue. Ce sentiment de contrôle des actions et décisions augmente sa capacité d'agir et élargit son champ motivationnel.

- Exemple : Une infirmière agit avec autonomie dans le déploiement de la relation soignant soigné en toute confiance se sachant investie par sa hiérarchie.

2. La Compétence :

Une compétence se définit selon Pierre GILLET⁵³ « *comme un système de connaissances, conceptuelles et procédurales, organisées en schémas opératoires et qui permettent, à l'intention d'une famille de situations, l'identification d'une tâche-problème et sa résolution par une action efficace* »⁵⁴

Une compétence est un savoir-agir complexe qui fait suite à l'intégration, à la mobilisation et à l'agencement d'un ensemble de capacités et d'habiletés (pouvant être d'ordre cognitif, affectif, psychomoteur et social) et de connaissances (connaissances déclaratives) utilisées efficacement, dans des situations ayant un caractère commun.⁵⁵

Dans son ouvrage intitulé « *De la compétence : essai sur un attracteur étrange* »⁵⁶, Guy LEBOTERF définit ainsi la compétence : « *Une personne compétente est une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier, en choisissant et en mobilisant un double équipement de ressources : ressources personnelles (connaissances, savoir-faire, qualités, culture, ressources émotionnelles ...) et ressources de réseaux (banques de données, réseaux documentaires, réseaux d'expertise, etc.). Savoir agir avec pertinence, cela suppose d'être capable de réaliser un ensemble d'activités selon certains critères souhaitables* »⁵⁷

⁵³ Pierre Gillet, formateur-chercheur au Centre d'études pédagogiques pour l'expérimentation et le conseil (CEPEC)

⁵⁴ GILLET Pierre « Construire la formation » ESF, 1991, p. 69.

⁵⁵ LASNIER François « réussir la formation par la compétence », 2005, p. 481.

⁵⁶ LE BOTERF Guy, De la compétence : essai sur un attracteur étrange, Paris, Les Éditions d'Organisation, 1994, p.38.

⁵⁷ Idem

3. L'Appartenance Sociale :

Il s'agit de l'espace relationnel d'appartenance du professionnel dans lequel celui-ci puise son engagement et encouragé à en développer d'autres actions qui nourrissent sa relation au groupe. En sociologie des organisations cette appartenance sociale est saisie par le concept de construit social qui décrit comment les idées et les représentations de la réalité sociale sont créées et négociées par les interactions humaines. Cette reconnaissance que l'individu reçoit en retour du groupe d'appartenance dans lequel il interagit, préfigure la ressource qu'il puise à travers les retours positifs que ce dernier obtient de sa famille professionnelle qui l'investit dès lors d'une reconnaissance susceptible d'augmenter sa motivation.

6.5 La reconnaissance au travail : Un fondement de la motivation

Dans un livre intitulé « *la société du mépris* » (2006, p. 252), Axel Honneth philosophe allemand ressortissant de l'école de Francfort définit la reconnaissance comme « *des pratiques ou des conceptions par lesquelles des sujets individuels ou des groupes sociaux se voient confirmés dans certaines de leurs qualités* »

Guillaume RENAULT, dans son ouvrage « *Reconnaître le travail. Pour une approche pragmatique de la reconnaissance au travail* » (2004, p. 181), propose une définition par laquelle il voit la reconnaissance au travail comme « *la confirmation par autrui de la conviction acquise par un individu de sa propre valeur, à l'issue de différents processus d'identification* ».⁵⁸

Selon l'ANACT, la reconnaissance au travail est « *un échange qui se joue à plusieurs, une interaction qui recouvre la manière dont l'individu perçoit les marques de considération qui lui sont portées par son manager, ses collègues ou son client ainsi que les attentions qu'il porte lui-même aux autres...* »⁵⁹

6.5.1 Les formes de reconnaissance au travail

BRUN et DUGAS⁶⁰ distinguent quatre formes de reconnaissance des salariés au travail : la reconnaissance existentielle, la reconnaissance des résultats, la reconnaissance de l'investissement, et la reconnaissance de la pratique du travail. La reconnaissance se conçoit selon BRUN et DUGAS, « *d'abord comme une réaction constructive et authentique, de préférence personnalisée, spécifique, cohérente et à court terme. Elle s'exprime dans les rapports humains. Elle est fondée sur la reconnaissance de la personne comme un être unique, libre, égal, qui mérite respect, qui connaît des besoins, mais qui possède également une expérience utile...* » selon ces deux auteurs, la reconnaissance constitue « *un jugement posé sur la contribution du travailleur, tant en termes de pratique de travail que d'investissement personnel et de mobilisation. En outre, elle consiste à évaluer les résultats de ce travail et à les souligner* ».

⁵⁸ Alexis ROCHE « *Manque de sens au travail ? un éclairage par la reconnaissance au travail* ». Management & Sciences Sociales N°36/2024-1 • Surmonter les injonctions paradoxales par des innovations managériales ». P.P 66

⁵⁹ <https://www.anact.fr/la-reconnaissance-au-travail-de-quoi-sagit-il>

⁶⁰ Jean-Pierre BRUN, professeur et Ninon DUGAS, « *La reconnaissance au travail. Une pratique riche de sens* ». Centre d'expertise en gestion des ressources humaines. Octobre 2002. <https://numerique.banq.qc.ca/>

Cette reconnaissance se particularise par le fait qu'elle se pratique sur une base « quotidienne, régulière ou ponctuelle, et se manifeste de façon formelle ou informelle, individuelle ou collective, privée ou publique, financière ou non. Du point de vue de celui qui la mérite, enfin, la reconnaissance peut avoir une valeur symbolique, affective, concrète ou financière ».

6.5.1.1 La reconnaissance existentielle

« La reconnaissance existentielle porte sur la personne en tant qu'individu distinct doué d'une intelligence, de sentiment et d'une expertise bien à lui [...] elle se manifeste dans les petits gestes posés quotidiennement au cours des échanges interpersonnels. Par la reconnaissance existentielle, l'individu se voit reconnaître le droit à la parole et à l'influence sur les décisions ⁶¹ ». Elle vise à valoriser l'individu en tant qu'être humain, indépendamment de sa performance ou de ses résultats. Cela passe par le respect, l'écoute, l'attention portée à la personne, et une ambiance de travail bienveillante.

Cette reconnaissance qui donne un rôle à la personne dans l'organisation, peut l'amener à participer suffisamment pour peser sur les décisions et les orientations directionnelles. Parmi les champs de cette reconnaissance existentielle on y trouve la formation et le projet de développement de compétences.

6.5.1.2 La reconnaissance des résultats du travail

« Ce type de reconnaissance porte sur le produit du travail de la collaboratrice ou du collaborateur et sa contribution aux objectifs de l'entreprise. « Il s'agit d'un jugement et d'un témoignage de gratitude sur l'efficacité, l'utilité et la qualité du travail accompli par un individu ou un groupe de collègues » une fois la tâche accomplie ⁶² ». Avec la reconnaissance des résultats du travail réalisé, ce sont le produit du travail de l'employé et sa contribution aux objectifs de l'entreprise qui sont l'objet d'une appréciation.

Le témoignage de gratitude procédant d'un jugement évaluatif de l'employeur qualifie l'efficacité et la qualité du travail accompli par l'employeur par lequel ce dernier objective le sentiment d'utilité et d'appartenance en ce qu'il considère être rétribué pour ce à quoi il a contribué. Ce type de reconnaissance, conditionnelle aux résultats, s'exprime donc à l'issue du travail réalisé. Pour l'employé, c'est sa contribution à l'entreprise qui se trouve ainsi valorisée, d'où un plus grand sentiment d'importance dans l'organisation.

⁶¹ EMERY Yves et GONIN François, *Gérer les ressources humaines*, Coll. Diriger l'entreprise, Presses polytechniques et universitaires romandes, 2009, p.191.

⁶² Op.cit, pp 192-193.

Alors que les deux formes de reconnaissance au travail précédentes s'intéressant à la personne ou le résultat de son travail, ces deux autres qui vont suivre portent sur l'accompagnement de l'employé dans le processus du travail en évaluant sa pratique de travail de ce dernier et la reconnaissance de son investissement. Toutes deux peuvent accompagner le processus de travail jusqu'à l'atteinte des résultats

6.5.1.3 *La reconnaissance de la pratique du travail*

« Ce type de reconnaissance dans le processus du travail concerne la manière dont la collaboratrice ou le collaborateur effectue sa tâche : comportement, qualités professionnelles, compétences. Les éléments sur lequel porte cette reconnaissance incluent la créativité, l'innovation, l'amélioration continue dans les méthodes de travail, la relation avec les clients, le travail d'équipe ⁶³ ».

Il existe différentes formes de reconnaissance au travail, et l'une d'elles porte spécifiquement sur la façon dont une personne accomplit ses missions au quotidien. Cette forme de reconnaissance ne se limite pas aux résultats obtenus, mais s'intéresse plutôt à comment le travail est réalisé. Elle valorise l'engagement, l'attitude, les qualités personnelles et professionnelles, ainsi que les compétences mobilisées dans l'exercice des fonctions.

Ainsi, un ou une collaboratrice peut être reconnue pour sa rigueur, son sens de l'organisation, sa capacité à gérer les priorités ou encore son esprit d'initiative. Des éléments tels que la créativité, l'innovation dans les pratiques, la volonté d'améliorer continuellement les méthodes de travail sont particulièrement appréciés. Ils témoignent d'un investissement personnel, d'un souci de faire évoluer les procédures ou de résoudre des problèmes de manière originale. La reconnaissance peut également porter sur les qualités relationnelles.

Une personne qui entretient de bonnes relations avec ses collègues, qui sait travailler en équipe, collaborer efficacement et créer un climat de confiance, apporte une véritable valeur ajoutée au collectif de travail. De même, la qualité de l'accueil, de l'écoute ou de l'accompagnement des usagers ou clients peut faire l'objet d'une reconnaissance spécifique, car elle reflète le professionnalisme et l'humanité dans la relation de service.

⁶³ Ibidem.

En somme, cette reconnaissance s'intéresse aux aspects souvent moins visibles, mais essentiels, de l'activité professionnelle. Elle encourage les comportements positifs, renforce le sentiment d'utilité et d'appartenance, et contribue au bien-être et à la motivation des professionnels. C'est une manière de dire à la personne : « Ce que tu fais compte, et la manière dont tu le fais est précieuse ».

6.5.1.4 *La reconnaissance de l'investissement dans le travail*

Cette notion renvoie à la dimension d'implication dans le travail. En effet, « *On ne peut donc pas récompenser l'atteinte des objectifs (reconnaissance des résultats) mais l'investissement dans le travail (l'implication des collaboratrices et collaborateurs), risque qu'ils prennent pour mener à bien leurs tâches, énergie déployée dans des conditions parfois difficiles) [...] On reconnaît ainsi la qualité et l'importance des efforts grâce auxquels l'employé a contribué au processus de travail* ⁶⁴ ».

Dans certaines situations professionnelles, il n'est pas toujours pertinent de récompenser uniquement les résultats obtenus. En effet, les objectifs peuvent parfois ne pas être atteints en raison de circonstances extérieures ou de conditions difficiles, indépendantes de la volonté des salariés. C'est pourquoi il est essentiel de valoriser non pas seulement ce qui est accompli concrètement, mais aussi l'implication réelle des collaborateurs et collaboratrices dans leur travail.

Cette reconnaissance porte alors sur l'engagement quotidien, les efforts fournis, la persévérance et le sens des responsabilités. Il s'agit de mettre en lumière l'énergie investie pour faire avancer les projets, la capacité à affronter les obstacles, à prendre des initiatives, voire à prendre des risques pour améliorer une situation ou résoudre un problème. Ce type de reconnaissance est particulièrement important dans les contextes de travail complexes ou instables, où les résultats ne reflètent pas toujours fidèlement l'investissement personnel de chacun.

Reconnaître ces efforts revient à souligner que la manière dont les tâches sont menées a de la valeur, même si les objectifs finaux ne sont pas toujours atteints. Cela signifie que l'on accorde de l'importance aux démarches mises en œuvre, à la motivation, à la volonté de bien faire, à la ténacité dans l'adversité. En d'autres termes, on reconnaît la qualité du travail engagé, et non seulement les résultats quantifiables.

⁶⁴ Ibidem.

Ce type de reconnaissance renforce le lien de confiance entre les professionnels et leur hiérarchie. Il contribue à la motivation, à l'estime de soi et au sentiment d'être utile et reconnu pour ce que l'on donne de soi au quotidien. Il permet aussi de créer une culture managériale plus humaine et bienveillante, où chacun se sent encouragé à continuer à s'impliquer, même en période de difficulté.

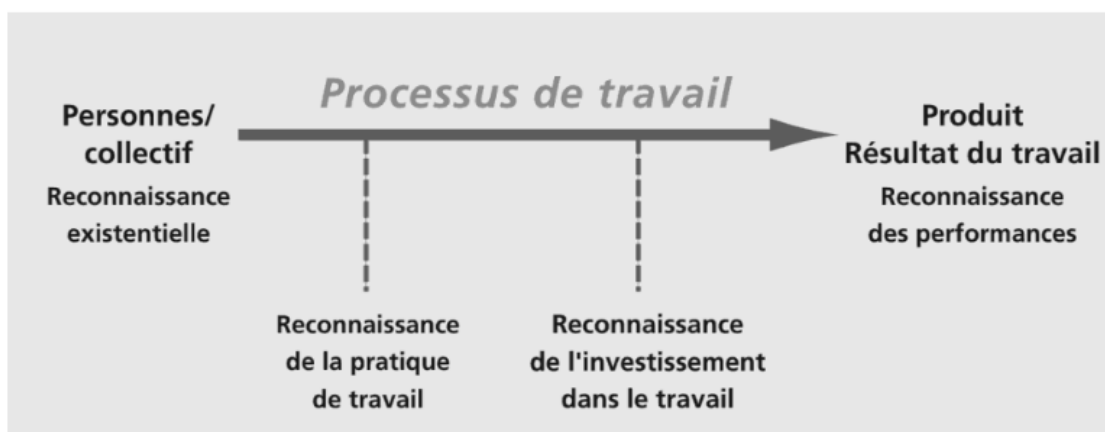


Figure 2 représentant les quatre domaines de reconnaissance au travail⁶⁵

6.5.2 Les champs de la reconnaissance au travail

6.5.2.1 Le niveau vertical ou hiérarchique

« Il s'agit de la reconnaissance qui doit se manifester entre la direction et les médecins. Or des études font ressortir le sentiment de manque de reconnaissance provenant de la hiérarchie des établissements de santé, ainsi qu'un sentiment d'abandon, un désintérêt de la part de cette hiérarchie. Des besoins essentiels sont alors niés, il s'agit des besoins d'estime et d'accomplissement ⁶⁶ ».

La reconnaissance au travail ne concerne pas uniquement les résultats ou les efforts fournis : elle s'exprime aussi à travers la qualité de la relation entre les professionnels de terrain et leur hiérarchie. Dans le secteur de la santé, cette reconnaissance devrait naturellement s'incarner dans les échanges entre les directions d'établissement et les soignants. Pourtant, de nombreuses études mettent en évidence un profond sentiment de manque de reconnaissance ressenti par ces derniers.

⁶⁵ Op.cit. p 191.

⁶⁶ Bourdil, M. et Ologeanu-Taddei, R. (2018). Les Patients, Premier Champ de Reconnaissance Au Travail : Étude Au Sein D'un Chu. @GRH, 29(4), 61-92. <https://doi.org/10.3917/grh.184.0061>. Consulté le 01/04/2025.

Les soignants expriment souvent une impression d'invisibilité ou d'indifférence de la part de leur hiérarchie. Ce sentiment peut être vécu comme un abandon moral, un désintérêt vis-à-vis de leurs difficultés, de leur implication ou de leurs conditions de travail. Lorsque la reconnaissance institutionnelle est absente ou insuffisante, cela peut provoquer un mal-être profond. Les soignants ont alors l'impression que leurs efforts ne comptent pas, que leur engagement n'est pas perçu ni valorisé.

Cette absence de reconnaissance touche directement deux besoins fondamentaux de tout être humain au travail : le besoin d'estime – c'est-à-dire le besoin de se sentir respecté, valorisé et apprécié – et le besoin d'accomplissement, qui correspond à la volonté de donner du sens à ses actions, de se réaliser à travers son métier. Quand ces besoins sont ignorés ou niés, cela fragilise l'équilibre psychologique des professionnels et peut conduire à une démotivation, voire à un épuisement.

Reconnaître les soignants, ce n'est pas seulement les remercier ponctuellement : c'est leur témoigner une considération constante, être à l'écoute de leurs réalités de terrain, les associer aux décisions, leur donner les moyens d'exercer leur métier dans de bonnes conditions. C'est aussi affirmer leur place essentielle dans le fonctionnement de l'établissement. En somme, la reconnaissance venant de la hiérarchie n'est pas un simple geste symbolique : elle est un levier fondamental du bien-être au travail, de la cohésion des équipes et de la qualité des soins. Sans elle, les professionnels peuvent avoir le sentiment d'être réduits à des exécutants, perdant peu à peu le sens de leur engagement.

6.5.2.2 *Le niveau horizontal*

« Il s'agit de la reconnaissance s'exprimant entre pairs, entre collègues. Pour les médecins, la reconnaissance de niveau horizontal, va par conséquent consister en une reconnaissance en provenance de l'équipe médicale ou paramédicale, mais également des autres collègues médecins, c'est-à-dire les pairs. Cette reconnaissance de niveau horizontal prend d'autant plus d'importance qu'elle provient de personnes témoins de la qualité du travail effectué. Dejours (2015) parle ainsi d'une reconnaissance émanant d'un « jugement de beauté », le travail est reconnu pour être réalisé avec qualité. Plus qu'une reconnaissance des résultats obtenus, il va ainsi bien souvent s'agir d'une reconnaissance de la pratique du travail.⁶⁷ »

⁶⁷ Bourdil, M. et Ologeanu-Taddei, R. (2018), op.cit.

La reconnaissance au travail ne vient pas uniquement de la hiérarchie. Elle peut aussi se manifester entre collègues, au sein d'une même équipe. Dans le milieu soignant, cette forme de reconnaissance horizontale prend une place essentielle, car elle émane de personnes qui partagent le quotidien, comprennent les réalités du terrain et sont les témoins directs de la manière dont le travail est accompli. Cette reconnaissance entre pairs peut venir aussi bien de collègues paramédicaux que médicaux. Elle concerne la qualité de la pratique professionnelle, les compétences techniques et relationnelles, la manière de gérer les situations complexes ou encore la capacité à coopérer avec les autres. Elle se fonde sur une observation concrète du travail, sur une appréciation directe de l'implication, du savoir-faire et du savoir-être.

Le psychiatre Christophe Dejours parle à ce sujet d'un « jugement de beauté » : une forme de reconnaissance qui ne se base pas uniquement sur les résultats mesurables, mais sur la beauté du geste professionnel, sur la finesse, la justesse, ou encore la créativité dans la manière d'exercer le métier. Cette reconnaissance est particulièrement précieuse car elle touche à l'identité professionnelle. Être reconnu par ses pairs, c'est être légitimé dans sa manière de travailler, dans ses choix, dans son éthique. Cela renforce la confiance en soi, crée du lien au sein des équipes et participe à une ambiance de travail positive.

6.5.2.3 *Le niveau externe*

S'agissant du milieu hospitalier par exemple, « *La reconnaissance des patients est effectivement importante puisqu'elle témoigne directement du travail effectué, travail qui prend alors tout son sens. Il ressort de l'étude de Fender et al. (2011), réalisée dans un hôpital au Luxembourg que les patients constituent la première source de reconnaissance au travail. En outre, dans un contexte de détérioration des conditions de travail, et d'un manque de reconnaissance dans l'organisation, la reconnaissance externe est dès lors la seule forme de reconnaissance* ⁶⁸ ».

En dehors de la hiérarchie et des collègues, une autre forme de reconnaissance joue un rôle très important dans le quotidien des soignants : celle des patients. Cette reconnaissance externe a une valeur particulière, car elle vient directement de celles et ceux qui bénéficient des soins. Elle donne du sens au travail accompli, en montrant que les efforts fournis ont un impact réel et positif sur la vie des personnes prises en charge.

⁶⁸ BOURDIL, Maryline et OLOGEANU-TADDEI, Roxana, 2018. Les patients, premier champ de reconnaissance au travail : étude au sein d'un CHU. @GRH, 2018/4 n° 29, p.61-92. DOI : 10.3917/grh.184.0061. URL : <https://shs.cairn.info/revue-agrh1-2018-4-page-61?lang=fr>.

Dans un contexte où les conditions de travail se dégradent, où les professionnels se sentent souvent oubliés ou peu soutenus par leur hiérarchie, cette reconnaissance venant de l'extérieur devient encore plus précieuse.

Lorsqu'il n'y a pas de retour positif de la part de l'organisation, que ce soit en termes d'écoute, de valorisation ou de soutien, les remerciements des patients peuvent alors représenter la seule forme de reconnaissance vécue au quotidien. Elle agit comme un réconfort moral, une source de motivation, qui aide les soignants à continuer malgré les difficultés. Elle rappelle pourquoi ils ont choisi ce métier, et pourquoi il garde tout son sens, même dans des conditions parfois difficiles.

En résumé, la reconnaissance des patients, bien que souvent informelle et spontanée, est essentielle au bien-être des soignants. Elle les touche profondément, car elle vient de ceux à qui ils consacrent leur énergie. Dans un système de santé sous tension, elle peut faire toute la différence.

6.6 La diversité générationnelle

La diversité générationnelle au travail, résultat de l'allongement de la durée de vie, représente un défi pour les organisations, qui doivent concilier les attentes et les styles de travail des baby-boomers, des générations X, Y et Z. Ainsi, une compréhension des différentes générations nous aidera à mieux identifier la dynamique et relation en sein d'une équipe pluriprofessionnel.

6.6.1 Le concept de la génération :

Le concept de génération suscite des débats, Jean Pralong (2008) remet en question son existence en tant que catégories rigides, préférant analyser les dynamiques sociales et les interactions intergénérationnelles. De plus, Karl Mannheim (1928) souligne que « la notion de génération ne repose pas sur l'âge, mais sur des expériences sociales partagées et des attentes communes face au travail, des phénomènes qui se répètent à travers l'histoire ». L'encyclopédie Hachette considère qu'il s'agit d'un « *espace de temps compris entre deux degrés de filiation (environ 30 ans)* » ; la génération ne procède pas de données biologiques mais bien de processus sociologiques

Ainsi, Dominique Meda (2024) met en lumière les inégalités socio-économiques et éducatives qui creusent davantage les écarts que les simples différences d'âge. Malgré ces critiques, les organisations et les médias accordent une importance croissante à la question générationnelle, ce qui justifie une analyse des caractéristiques de chaque génération active.

A. La génération des babyboomers : (1946-1964)

Ils ont grandi dans une période de prospérité, marqué par le plein emploi et la croissance économique, ce qui a façonné leur vision du travail et de la consommation. Ils sont caractérisés par leur loyauté envers l'entreprise et leur respect envers leur hiérarchie, d'ailleurs ils ont souvent privilégié une carrière stable et ascendante .

Gilles Rouet, professeur des universités en management public, décrit les baby-boomers ceux nés pendant les Trente Glorieuses. « *Ils ont bénéficié du plein-emploi, de la reconstruction, et n'ont pas connu de crise majeure. Ainsi, ils se sont insérés dans des entreprises au développement rapide et à la structure hiérarchique rigide.*

Ces circonstances les auraient amenés à privilégier l'épanouissement, leur réalisation par le travail et au travail, en cultivant autonomie et convivialité. Loyaux envers leur entreprise, ils auraient tendance à considérer leurs proches collègues comme une seconde famille »⁶⁹

B. La Génération X (1965-1980)

Ils ont grandi dans un contexte de changements sociaux et technologiques majeurs, la montée du féminisme et l'augmentation des divorces. Cette génération se distingue par son pragmatisme et sa capacité à naviguer entre les traditions et les innovations. Recherche l'épanouissement professionnel, la collaboration et la participation aux décisions. Valorise un environnement de travail convivial, mais peut se montrer critique envers la hiérarchie dans la remise en question de l'autorité. Cette génération possède des caractéristiques et principes ; ils valorisent leur liberté, accordent une importance à leur vie privée, restent flexibles face aux changements.

En effet, *« La génération X est moins nombreuse que les babyboomers et ses valeurs diffèrent des leurs, selon plusieurs auteurs, dont Bradford et Raines (1992) et Lancaster et Stillman (2002). On attribue à cette génération des besoins d'indépendance, d'autonomie et de contrôle du temps qui se manifestent dans leurs attentes face au travail, notamment par un esprit d'entreprise marqué, une forte implication dans la résolution de problèmes mais aussi par une plus faible loyauté envers leurs organisations et leurs gestionnaires. Adam (1998), Zemke et al. (2000), Maccoby (1988) et Conger (2000) ajoutent que les «X» aiment travailler et résoudre des problèmes de manière participative, selon des processus démocratiques. En somme, ils semblent vouloir contribuer d'une manière importante au rendement de l'organisation, et ce, immédiatement ; ils souhaitent être entendus, participer et ne pas être écartés en raison de leur jeunesse ou de leur manque d'expérience. Cela a contribué à leur accoler la réputation d'être avides et impatients, ne voulant pas attendre de faire leurs preuves dans l'organisation comme leurs prédécesseurs y ont été contraints⁷⁰ ».*

La conjoncture dans laquelle les membres de la génération X effectuaient leur insertion professionnelle était d'autant plus morose que, parallèlement, ils étaient confrontés à l'engorgement du marché du travail, causé notamment par les premières cohortes de baby-boomers, la croissance de l'activité salariée des femmes et l'augmentation du nombre de diplômés.

⁶⁹ ROUET, Gilles, 2019, Les stéréotypes générationnels : fondements, limites et dangers. Hermès, La Revue, 2019/1 n° 83, p.125-133. DOI : 10.3917/herm.083.0125. URL : <https://shs.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2019-1-page-125?lang=fr>.

⁷⁰ SABA, Tania, 2009. Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses. Gestion, 2009/3 Vol. 34, p.25-37. DOI : 10.3917/riges.343.0025. URL : <https://shs.cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/revue-gestion-2009-3-page-25?lang=fr>.

Ainsi on comprend que la génération X a vécu le chômage et la précarité d'emploi après leur diplomation et à leur majorité.

« Parmi les autres valeurs associées à la génération X, Zemke et al. (2000) mentionnent leur apprivoisement de la diversité culturelle, politique, sexuelle, raciale et sociale. Ils manifestent une pensée plus ouverte sur le monde, une aisance avec la technologie, la recherche de l'amusement, une absence de formalisme, d'indépendance et de pragmatisme (Zemke et al., 1998). Parallèlement au fait qu'ils voudraient avoir un impact sur la société, voir leur travail reconnu et être responsables du succès de leur organisation, ils apprécient tout autant le temps libre, la flexibilité dans les horaires de travail et la possibilité de participer à des activités récréatives (Bradford et Raines, 1992). Selon Barnard et al. (1998) et Lancaster et Stillman (2002), les membres de la génération X veulent travailler de façon plus intelligente et être jugés selon les résultats. L'équilibre travail-famille est très important à leurs yeux, voire primordial, et compte dans leur décision l'accepter un emploi (Solomon, 2000). Ils recherchent à la fois le plaisir et un sens dans leur travail ainsi qu'une atmosphère agréable de travail (Zemke et al., 2000; O'Bannon, 2001) ⁷¹ ».

C. La Génération Y : (1980-1994)

Dénommée également génération des Millénaires, bertrand pauget & Ahmed Dammak dans la revue pratiques et organisations des soins (2012)⁷² décrivent aisément cette génération comme étant la première à être totalement interconnectée, qui a grandi dans un monde où l'informatique et l'électronique sont omniprésents. Ils prennent pour exemple la chute du mur de Berlin qui a « façonné leur vision d'un monde sans frontières », où la mobilité et la relativité sont la norme. Caractérisée par un individualisme affirmé, cette génération exprime un intérêt marqué pour le développement durable, le respect des cultures et une spiritualité personnalisée. Elle n'hésite pas à remettre en question l'autorité et à défier les conventions, s'adaptant avec aisance aux changements constants de leur environnement.

Les mêmes auteurs décrivent la génération Y, comme étant confiante et avide d'expériences, toujours dans la remise en question l'autorité traditionnelle, préférant l'exemple concret à la hiérarchie.

⁷¹ Ibidem.

⁷² PAUGET, Bertrand et DAMMAK, Ahmed, 2012. L'arrivée de la génération Y : quelles conséquences managériales et organisationnelles pour les organisations sanitaires et sociales françaises ? Pratiques et Organisation des Soins, 2012/1 Vol. 43, p.25-33. DOI : 10.3917/pos.431.0025. URL : <https://stm.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2012-1-page-25?lang=fr>.

Elle valorise les parcours atypiques et la diversité des compétences, cherchant à fusionner les idées et les pratiques de manière innovante. Curieuse et parfois dispersée, elle explore de nouvelles voies et repousse les limites des conventions. Les horaires rigides et les contraintes professionnelles sont perçus comme des obstacles à son épanouissement, et elle aspire à une flexibilité accrue.

Cette génération, adaptable et ouverte au changement, redéfinit les normes du monde du travail. Cette opinion est corroborée par les travaux de recherche de Tania SABA au terme desquels l'auteure postule le principe d'une catégorie de public porteuse de valeurs telles que *« l'optimisme, le devoir civique, la confiance, le besoin d'accomplissement, la sociabilité, la débrouillardise, la moralité et l'acceptation de la diversité »*⁷³.

En outre, selon Tania SABA, la génération Y se veut *« indépendante et autonome.... Ils peuvent réorienter leur carrière de cinq à huit fois (Alch, 2000) et modifier leur bagage de connaissances plusieurs fois pendant leur vie »*. Ceci confirme une vision de la carrière qui n'opère pas selon les temporalités convenues et stabilisées par les générations précédentes. Ainsi le conçoit Tania SABA *« Cela renvoie au fait que, contrairement aux années antérieures, le cycle de carrière des individus au travail n'est plus linéaire, ce qui entraîne une cohabitation plus longue »*⁷⁴.

L'auteure conclut que si les divergences sont nettement perceptibles auprès de ces catégories de personnes émergeant dans des générations différentes, cela ne relève pas pour autant d'un conflit de génération. Cette chercheuse le traduit selon un propos qui ne laisse pas de place au doute : *« On constate que les jeunes ont des attentes plus élevées quant à l'équilibre travail-famille. Dans la fonction publique, les attentes des jeunes sont également plus élevées »*⁷⁵

D. La Génération Z (1995-2010)

Selon Elodie Gentina & Marie-Eve Délécluse *« La génération Z est issue pour la grande majorité d'entre eux de parents de la génération X. Il y a plusieurs termes pour les qualifier. Le terme « émos » diminutif du mot « émotion », car animés d'une dimension affective. Mais également à celui « du digital natives » car ils sont nés avec les technologies numériques »*⁷⁶

⁷³ SABA, Tania, 2009. Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses. Gestion, 2009/3 Vol. 34, p.25-37. DOI : 10.3917/riges.343.0025. URL : <https://shs-cairn-info.ezproxy.u-pec.fr/revue-gestion-2009-3-page-25?lang=fr>.

⁷⁴ Idem

⁷⁵ Idem

⁷⁶ GENTINA, Élodie et DELÉCLUSE, Marie-Ève, 2018. Génération Z Des Z consommateurs aux Z collaborateurs. Paris : Dunod. « Management / Leadership », p.224. DOI : 10.3917/dunod.genti.2018.01. URL : <https://shs-cairn.info/generation-z--9782100764259?lang=fr>.

Daniel Ollivier & Catherine Tanguy⁷⁷ soulignent le fait que cette génération a été marquée par les événements terroristes, la précarité du travail et les sujets touchant l'environnement. Cette génération est plus prudente et réaliste que la génération Y, et l'omniprésence des technologies numériques et de l'hyperconnexion privilégie l'immédiateté, l'indépendance et la diversification des expériences professionnelles.

Elle favorise la co-construction, l'action et un rapport horizontal à la hiérarchie. Cette génération par certains points ressemble à la génération Y mais tend néanmoins sur certains aspects à se différencier. Daniel Ollivier & Catherine Tanguy dans leur ouvrage indiquent que le statut du sujet génération Z a bien évolué « *S'il reste toujours sous la dépendance et la protection de ses parents, il se trouve aussi dans une émancipation progressive vis-à-vis de sa famille, et justement de ses parents en particulier. Le Z commence à être reconnu en tant que personne et consommateur à part entière, au même titre que l'adulte, ayant une certaine autonomie. Bien que les parents restent les premières personnes de référence pour les jeunes, ces derniers ne reconnaissent plus l'expérience de leurs parents comme des valeurs et contestent leur autorité* »⁷⁸.

Ainsi on comprend que l'hyperconnexion et la facilité de cette génération avec la technologie numérique créent de nouvelles règles et de nouveaux codes qui lui appartiennent.

7 Le cadre de santé dans un champ d'intervention en mutation

La fonction de cadre de santé connaît une mutation profonde de son champ d'intervention, sous l'effet des transformations économiques, organisationnelles, sociétales et technologiques qui impactent l'ensemble du secteur hospitalier. Traditionnellement centrée sur la gestion d'équipes et la coordination des soins, la mission du cadre de santé s'élargit aujourd'hui à de nouvelles dimensions stratégiques : management de projet, conduite du changement, développement de la qualité et de la sécurité des prises en charge, promotion de la collaboration interprofessionnelle, et participation active à la gouvernance institutionnelle.

Cette évolution impose aux cadres de santé d'acquérir de nouvelles compétences transversales, d'adopter une posture réflexive, et de s'inscrire dans une dynamique

⁷⁷ Daniel Ollivier & Catherine Tanguy, *Génération Y&Z le grand défi intergénérationnel*, Deboeck supérieur 2017/11 « le management en pratique ».

⁷⁸ Gentina, É. et Delécluse, M.-È. (2018). Chapitre 2. D'une autorité « imposée » À une autorité « choisie » Génération Z Des Z consommateurs aux Z collaborateurs (p. 39-65). Dunod.

permanente d'adaptation et d'innovation. Le champ d'action du cadre dépasse désormais les seules frontières du service pour s'articuler avec les logiques de pôle, de territoire et d'établissement, dans une perspective de performance collective et de transformation organisationnelle.

Aux origines des évolutions qui affectent la fonctionnalité de cadre de santé se trouve l'espace même d'exercice des compétences : l'hôpital.

*« Face aux problématiques hospitalières en termes de management, de gestion de projets compliqués et de conduite de changement dans des environnements en profonde mutation, il faut traduire une réelle volonté d'évoluer sur différents champs d'activité en conservant comme fil rouge la détermination à accompagner les équipes avec cohérence ».*⁷⁹

Cette remise en cause des organisations traditionnelles génère une incertitude quant à l'évolution des missions et du positionnement professionnel des cadres de santé régulièrement convoqués à préserver l'attractivité du métier de soignant, à générer du sens, à produire de la motivation, à prodiguer une reconnaissance et à fidéliser les personnels qui s'interrogent de plus en plus sur la pérennité de leur rôle au sein d'un système soumis à de fortes perturbations.

Ce besoin de cohérence s'appuie principalement *« sur l'expression du sens à donner aux événements vécus et sur le sens à donner aux évolutions nécessaires des organisations. Le mouvement ininterrompu des réorganisations nous impose une réelle adaptation au rythme des transformations »*⁸⁰.

Le champ d'intervention du cadre de santé subissant des mutations du secteur hospitalier s'explique par plusieurs facteurs conjoints :

- Évolutions réglementaires du système de santé :

La recherche d'une plus grande efficacité dans l'organisation hospitalière, notamment sous l'effet des réformes successives (lois HPST, Loi de modernisation de notre système de santé de 2016, Ma Santé 2022, La loi du 27 décembre 2023 visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels...etc.), impose aux établissements des objectifs de qualité, de performance et de maîtrise des coûts. Ces impératifs redéfinissent les missions des cadres, en les orientant davantage vers la gestion stratégique et la coordination interservices.

« En regard de ces contraintes législatives et organisationnelles, l'efficacité des agents et la satisfaction des patients restent centrales.

⁷⁹ KUSCHAT Catherine « crise sanitaire 2020 : entre sens et résilience organisationnelle, le cœur d'une équipe de soins » De Boeck Supérieur | « Projectics / Proyectica / Projectique » 2020/HS Hors Série | pages 11 à 32.P.P 12

⁸⁰ Idem

Elles se déclinent notamment à travers le New Public Management, modalité de gestion selon laquelle les professionnels hospitaliers (soin, management, administration et gestion) sont amenés « à assurer une plus grande efficacité en termes d'activités et une plus grande efficience en termes d'usage des moyens » (Sebai et Yatim, 2018, p. 517). De manière paradoxale, ils doivent répondre à une double injonction : réduire les coûts et rendre un service de qualité. Ils sont ainsi soumis à une évaluation à la fois par les usagers (satisfaction des patients) et par les pouvoirs publics et financeurs (performance) (Rivière et al., 2019) »⁸¹.

➤ Transformation des organisations hospitalières :

Le passage d'une logique de service à une logique de pôle ou de filière implique une transversalité accrue. Les cadres de santé ne sont plus uniquement responsables d'une unité mais doivent collaborer à l'échelle d'un ensemble de structures, participer aux projets institutionnels et soutenir la dynamique de changement. Dès lors, « le processus décisionnel reste bien souvent difficile à identifier et le pouvoir de décision très relatif. En effet, le système hospitalier se structure autour d'une hiérarchie diversifiée : direction, médecins, personnel soignant, personnel administratif, tutelles extérieures, etc. (Nobre, 2013 ; Vallejo, 2018).

Au-delà du rôle clé des cadres de santé, les pôles d'activité sont surtout soumis à la gouvernance d'un chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre administratif avec un pilotage médico-économique suivant le principe de subsidiarité laissant en théorie plus d'autonomie aux acteurs de terrain (Divay, 2018). Dès lors, ce principe est questionnable quant à la réalité de sa mise en œuvre »⁸².

➤ Développement de la collaboration interprofessionnelle :

Face à la complexité croissante des prises en charge, l'accent est mis sur la coopération entre les professions de santé. Le cadre devient un acteur clé dans l'animation des équipes pluridisciplinaires et la promotion d'une culture de travail collaboratif.

En effet, les pathologies chroniques, polypathologies, et situations de dépendance exigent une approche globale et pluridisciplinaire. De ce point de vue, la prise en charge d'un patient mobilise souvent plusieurs professionnels : médecins, infirmiers, aides-soignants, kinésithérapeutes, psychologues, assistants sociaux, etc.

⁸¹ ECKENSCHWILLER Maud ; WODOCIAG Sophie ; MERCIER Samuel « La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier : compréhension des dynamiques et des principaux enjeux. Revue Management & avenir. 2022/5 N°131.PP 25

⁸² Idem

➤ Évolution des attentes sociétales et des patients :

Les patients sont aujourd'hui davantage acteurs de leur santé. Cette évolution entraîne des exigences nouvelles en matière de qualité de prise en charge, de respect des droits des usagers, et de personnalisation des soins, auxquels les cadres doivent répondre à travers l'encadrement et l'organisation et l'accompagnement des équipes.

En effet, face à l'exigence accrue d'information et de transparence, les patients souhaitent être mieux informés sur leur état de santé, les traitements possibles, les risques, les alternatives.

Considérant que les patients exigent plus de transparence sur la qualité des soins, les délais d'attente, ou les résultats des établissements de santé, ce mouvement de fond ne peut aboutir sans que l'organisation des soins ne s'en émeuve.

Dans le même ordre d'idée, des attentes de personnalisation des soins chez les patients sont de plus en plus prise en compte. Rejetant les approches standardisées, les patients attendent des soins adaptés à leurs besoins, à leur mode de vie, à leurs valeurs.

Les parcours doivent être individualisés, notamment pour les maladies chroniques, le handicap ou la fin de vie. Par ailleurs, intégrant l'approche référencée au complet bien être, les patients conçoivent la santé non plus seulement comme absence de maladie, ceux-ci attendent une prise en compte de leur souffrance psychologique, de leur confort, de leur environnement social et familial. Ceci est d'autant plus perceptible qu'une importance croissante est accordée aux soins palliatifs, à la douleur, au soutien psychologique, à l'accompagnement.

➤ Technologisation des soins et numérisation des pratiques :

L'intégration de nouvelles technologies (dossier patient informatisé, télémédecine, intelligence artificielle, etc.) modifie les modes de travail et exige des cadres de santé une veille technologique constante, une maîtrise des outils numériques et une capacité à accompagner leurs équipes dans l'appropriation de ces innovations.

➤ Nouveaux enjeux managériaux et RH :

Les problématiques de qualité de vie au travail, d'attractivité des métiers, de gestion des compétences et de prévention des risques psychosociaux prennent une importance croissante. Le cadre de santé devient un véritable manager de ressources humaines, garant du bien-être au travail et du développement professionnel de ses équipes.

Dans cette dynamique de changement, de nouvelles identités professionnelles émergent, se structurent et s'affirment. De nouvelles pratiques managériales s'imposent progressivement comme approches pertinentes face aux modèles classiques d'organisation du travail.

8 CONCLUSION

Les recherches menées dans le cadre de l'élaboration de mon cadre conceptuel m'ont permis d'approfondir plusieurs concepts clés du management hospitalier : la fidélisation, la motivation, la reconnaissance, le sens du travail et la diversité générationnelle. Ces notions m'ont aidée à mieux comprendre les leviers d'engagement des professionnels de santé dans un contexte marqué par la pénurie de personnel, la perte de sens et la transformation du rôle managérial. J'ai également réalisé à quel point la posture du cadre de santé joue un rôle central dans la dynamique des équipes. Plus qu'un gestionnaire, il devient un repère, un soutien et un moteur.

Ce travail de recherche a progressivement fait évoluer ma question initiale, que j'ai reformulée comme suit pour en faire ma question de recherche

9 QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSE

À la lumière de mes recherches et de mon expérience professionnelle, cela m'a conduit à reformuler ma question de départ en une question de recherche suivante :

En quoi la posture managériale du cadre de santé peut-elle favoriser la fidélisation des soignants en renforçant leur motivation par la reconnaissance et le sens donné au travail ?

De cette problématique, je peux dégager deux principales hypothèses :

Hypothèse 1 :

« Une posture managériale fondée sur l'écoute, la confiance et l'autonomie favorise l'émergence d'un climat de travail porteur de sens, et contribue à la motivation durable des soignants. »

Hypothèse 2 :

« L'intégration dans une dynamique collective et une culture d'équipe valorisante est un déterminant essentiel de la fidélisation, notamment chez les jeunes professionnels de santé. »

10 ENQUÊTE DE TERRAIN

Dans le cadre de ce mémoire, une démarche méthodologique rigoureuse a été adoptée afin d'explorer les pratiques managériales des cadres de santé en matière de fidélisation du personnel soignant. L'objectif principal était de mettre en lumière, à travers leurs expériences, les stratégies concrètes mises en place dans un contexte de pénurie persistante.

10.1 Les prérequis

Ce travail de mémoire repose sur une approche qualitative s'inscrivant dans un cadre exploratoire visant à comprendre comment les cadres de santé mettent en œuvre des stratégies de fidélisation du personnel soignant dans un contexte de pénurie. Le choix d'une approche qualitative permet d'accéder à une compréhension fine des réalités de terrain. En croisant les discours recueillis avec les concepts issus de la littérature, ce travail vise à enrichir la réflexion managériale en santé. L'analyse s'appuie sur une série d'entretiens semi-directifs menés auprès de professionnels en poste dans différents établissements de psychiatrie.

La méthodologie a été pensée pour articuler rigueur scientifique et pertinence professionnelle. L'enquête s'appuie sur une posture compréhensive, en privilégiant l'analyse du discours des acteurs impliqués.

10.2 Un outil de recueil de données : l'entretien semi-directif

Le choix de l'entretien semi-directif s'est imposé comme méthode de recueil pour explorer en profondeur les perceptions, pratiques et représentations des cadres de santé. Cet outil permet d'aborder des thématiques ciblées tout en laissant une liberté de parole aux enquêtés. Il favorise ainsi l'émergence de données riches, nuancées et contextualisées. Un guide d'entretien structuré, composé de dix questions principales et de relances, a été élaboré sur la base des concepts clés de la recherche et validé préalablement (Cf. Annexe III)

10.3 Planification et définition des objectifs

L'objectif principal de cette enquête est d'analyser les leviers managériaux activés par les cadres de santé pour fidéliser les soignants.

Il s'agit également d'identifier les différences de perception et d'attentes selon les générations, et de comprendre comment le sens donné au travail influence la fidélisation. Les entretiens ont été planifiés de manière échelonnée sur ma période de stage de 4 semaines, en tenant compte de la disponibilité des participants.

10.4 Structuration du guide d'entretien

Le guide d'entretien repose sur quatre grands axes : les pratiques de fidélisation, les sources de motivation et de démotivation, la reconnaissance dans le travail et la perception du sens au travail. Chaque axe est décliné en plusieurs questions ouvertes, permettant aux cadres de développer leurs réponses librement tout en assurant une comparabilité des propos.

10.5 Environnement de réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés pour la plupart en présentiel, seulement deux en distanciel (par visioconférence) en raison des contraintes d'emploi du temps et de disponibilité des participants. La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes. Tous les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis intégralement retranscrits. L'anonymat a été rigoureusement respecté.

10.6 Population de référence

Six cadres de santé ont été interrogés. Ils exercent dans des établissements publics spécialisés en psychiatrie, couvrant des unités d'intra-hospitalier et d'extra-hospitalier. La diversité des structures et des parcours professionnels enrichit les résultats en apportant une pluralité de points de vue. Ces professionnels ont entre 45 et 56 ans et une ancienneté dans la fonction variant de 4 à 15 ans.

10.7 Choix des critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être cadre de santé en poste dans un établissement public psychiatrique, encadrer une équipe paramédicale, et avoir au moins quatre années d'expérience dans cette fonction. Le critère de diversité territoriale et de contexte (intra vs extra-hospitalier) a également été pris en compte.

10.8 Professionnels enquêtés

Le tableau synthétique (Cf. Annexe IV) présente les caractéristiques des répondants : ancienneté dans la fonction, taille des équipes encadrées, type d'unité (fermée, ouverte, de

crise, etc.). Cette transparence permet d'objectiver l'analyse des données et d'apprécier la diversité des profils interrogés.

Cette méthodologie, pensée pour garantir à la fois la rigueur et la proximité du terrain, constitue un socle solide pour l'analyse des résultats. Elle vise à restituer la parole des cadres de santé avec fidélité, tout en la mettant en perspective avec les enjeux organisationnels, managériaux et humains propres au contexte hospitalier actuel.

10.9 Avantages et limites des entretiens semi-directifs

Les entretiens semi-directifs présentent plusieurs avantages dans le cadre de cette recherche. Ils permettent d'approfondir les perceptions et les expériences des cadres de santé en laissant place à la subjectivité, élément essentiel pour comprendre des dynamiques humaines complexes comme la fidélisation du personnel. Ce type d'entretien offre également une flexibilité précieuse, facilitant l'adaptation des questions aux spécificités de chaque répondant tout en assurant une certaine homogénéité grâce au guide élaboré en amont. Il favorise ainsi un climat de confiance, propice à la libre expression, et permet la collecte de données qualitatives riches, ancrées dans le vécu professionnel.

Cependant, cette méthode comporte aussi des limites. D'une part, le faible nombre de participants limite la représentativité des résultats, et ne permet pas une généralisation à l'ensemble de la population des cadres de santé, exerçant dans d'autres hôpitaux hors le champ de la santé mentale. D'autre part, ma propre subjectivité ; travaillant moi-même dans la même spécialité peut influencer l'analyse et l'interprétation des résultats, même avec une grille thématique rigoureuse. Enfin, dans les deux entretiens réalisés à distance sur leur lieu de travail peut restreindre les réponses aux questions.

11 Analyse des résultats de l'enquête :

L'analyse présentée s'appuie sur les témoignages de six cadres de santé travaillant en unités d'hospitalisation en santé Mentale. Leurs expériences professionnelles constituent une source d'informations précieuse pour examiner les dynamiques managériales à travers les notions de motivation, de sens au travail, de reconnaissance et de fidélisation des soignants. Leurs paroles mettent en évidence leurs modes d'action, leurs perceptions et leurs adaptations quotidiennes.(cf Annexe V)

L'approche méthodologique repose sur une lecture croisée, organisée selon une grille thématique issue du cadre de référence. Cette analyse cherche à valider, nuancer ou réfuter les hypothèses de cette étude, en confrontant les discours des professionnels aux théories actuelles du management hospitalier.

La présentation des résultats suivra la structure du guide d'entretien semi-directif. Une synthèse générale et les limites méthodologiques seront exposées à la fin de cette analyse. Pour une lecture facilitée, les cadres de santé seront désignés par l'abréviation « CDS » suivie de leur numéro d'entretien.

11.1 La fidélisation des soignants – Une lecture à la croisée des pratiques managériales et des mutations contemporaines :

Selon le Grand dictionnaire terminologique, la fidélisation est « *l'ensemble de pratiques destinées à réduire la rotation du personnel qualifié en lui donnant le goût de rester dans l'organisation par l'instauration d'un climat de travail propice à l'épanouissement personnel* ». Rodolphe Colle va plus loin en précisant qu'elle repose sur un fort sentiment d'appartenance et une faible intention de quitter l'organisation. Cette perspective est centrale dans l'analyse des entretiens menés avec six cadres de santé.

Le CDS 1 illustre parfaitement cette définition : ligne (22-23-24) « ***Il y a la partie réinsertion qui est une spécialité quand même bien spécifique de la psychiatrie. [...] Ils ne restent déjà rien que pour la réinsertion.*** ». Ici, le sens du travail se conjugue avec la spécialisation du service, permettant aux professionnels de se projeter durablement.

Par ailleurs, l'accès facilité à la formation apparaît comme un vecteur d'évolution et d'ancrage professionnel : « ***L'établissement lâche facilement des nombreuses formations. [...] Ça leur permet d'être de s'extraire de l'unité, de rencontrer d'autres personnes et d'acquérir de nouvelles compétences.*** » (CDS 1) (ligne 30-31-32-33-34).

Les auteurs comme Enguerrand du Roscoät et Alexis Bataille montrent que la crise du Covid-19 a agi comme un catalyseur, révélant la fragilité de la santé mentale des soignants. Le déséquilibre entre vie professionnelle et personnelle, le sentiment d'abandon et la surcharge de travail ont alimenté une profonde remise en question du sens même du métier.

« **Ce sont plus les jeunes qui partent, parce qu'ils privilégient leur vie personnelle avant la vie professionnelle.** » (CDS 3) ligne (64-65). Ce propos, typique du post-Covid, illustre une réorientation des priorités : l'abnégation n'est plus la norme. Le CDS 5 ajoute : « **Ce qui est important pour eux aussi, c'est que le cadre les écoute, les comprenne, qu'il soit présent.** » (Ligne 154-155)

Lucie Berkovitch rappelle que l'accumulation des protocoles, la peur de la contamination et les tensions managériales ont généré un état d'épuisement chronique. Dans ce contexte, les dispositifs de qualité de vie et condition au travail et de reconnaissance deviennent essentiels.

Les différents cadres interrogés relèvent une fracture entre la génération X, fidèle à l'institution, et la génération Y, en quête de souplesse et d'alignement personnel. « **Les jeunes, justement les générations Y, c'est pas pareil. [...] Eux ils voient leur vie privée, et certainement pas le boulot.** » (CDS 1) (ligne 48-49-50)

Cette dichotomie rappelle les apports de Tania Saba : la génération Y attache plus d'importance à la qualité de vie et à la flexibilité qu'à la carrière linéaire. Le CDS 5 renforce ce constat : « **Les jeunes demandent plus de sens, plus de souplesse, moins de contraintes.** » (ligne 177-178)

Pour autant, cette mobilité n'est pas toujours un symptôme de rejet, mais une manière de construire un parcours plus adapté : « **Ils posent des conditions dès le départ. [...] Moi je n'oserais jamais faire ça [...] pour les jeunes de maintenant c'est le contraire.** » (CDS 6) (ligne 118 à 121).

Dans tous les entretiens, la posture du cadre est décrite comme évolutive. Il ne s'agit plus seulement de gérer, mais de recruter, d'intégrer, de motiver. Le CDS 2 l'exprime clairement : « **Le cadre de santé dans sa fonction managériale a le recul pour l'attractivité, pour participer aux entretiens de recrutement. [...] C'est tout un processus de fidélisation.** » (Ligne 61-62 - 63)

La reconnaissance n'est plus un luxe, mais une nécessité quotidienne : « **Valoriser, je pense que ça apporte une reconnaissance. Ça peut fidéliser aussi.** » (CDS 3) (ligne 226-227), mais elle doit être sincère et authentique : « **Si c'est fait de manière**

authentique [...] pour leur faire des pouces au mauvais moment, ça sonne faux. »
(CDS 5) ligne (343-344-345)

Les aménagements organisationnels, comme les plannings adaptés ou les projets collectifs, apparaissent comme des outils de management moderne : « **J'ai confectionné des trames d'horaires de travail en 12h00 [...] C'est beaucoup lié à la QVT.** » (CDS 1) lignes (26 à 28)

On peut conclure que la fidélisation des soignants ne peut être réduite à une simple question de rétention. Elle renvoie à un engagement profond, bâti sur le sens, la reconnaissance, la responsabilisation et l'écoute. En croisant les apports de la littérature (Colle, Peretti, Arnoux-Nicolas, Saba, Berkovitch) avec les propos des cadres de santé, on perçoit combien cette dynamique repose sur un management de proximité, adaptatif, et humain. C'est dans cette capacité à comprendre les aspirations individuelles et à les articuler aux projets collectifs que se situe aujourd'hui la clé d'une fidélisation durable.

11.2 Le sens du travail : entre mutations générationnelles, crise sanitaire et rôle du cadre :

Pour Caroline Arnoux-Nicolas, le sens du travail repose sur l'expérience subjective, la compréhension de son rôle et l'alignement avec les valeurs de l'organisation. Les cadres interrogés s'accordent sur le fait que ce sens est aujourd'hui en tension. Le CDS 1 affirme : « **Donner du sens à leur travail, c'est qu'ils comprennent pourquoi est-ce qu'ils font quelque chose, quel est le but ?** » lignes (62,63), révélant un besoin fort, notamment chez les jeunes, de comprendre la logique clinique et les objectifs de chaque prise en charge.

Le CDS 2 souligne l'impact d'un projet de soins clair : « **La cohérence, c'est la base. La base, c'est le projet de soins du patient.** » ligne (89) , Le projet devient alors un vecteur de mobilisation collective, donnant un cap aux équipes.

Pour le CDS 3, le sens se renforce par la personnalisation des soins : « **Donner du sens au travail, ce n'est pas faire bêtement les actes [...]. Chaque patient est différent, avec son projet personnel.** » lignes (125 à 132)

Le CDS 5 insiste également sur le lien entre sens du travail et sentiment d'utilité : « **Il ya une base commune qui est une routine avec des tâches qui leur incombent [...] mais à l'interieur de la semaine [...] des réunions [...]des projets X ou Y. [...] ils vont avoir le sentiment que ce n'est pas comme tous les jours leur engagement** » ligne (37 à 42).

Ce besoin de cohérence et d'utilité rejoint les travaux de l'ANACT, pour qui le sens se construit à la croisée de l'utilité perçue, de l'éthique et du pouvoir d'agir. Comme le souligne CDS 4 : « **Avoir le sentiment de l'exercice accompli [...] Le plaisir à pouvoir mettre en œuvre le travail de soin tel qu'il peut se penser en équipe [...], pas selon les normes qualificatives.** » lignes ((107 à 115).

La génération Y semble revendiquer plus de sens et d'autonomie. Le CDS 2 observe : « **Parce que les jeunes qui arrivent aujourd'hui [...] ont besoin de la clinique, presque besoin de synthèses cliniques, [...] alors que les anciens provoquaient eux-mêmes leur démarche de soins.** » lignes (117 à 124).

Le CDS 5 décrit un rapport critique à l'institution, plus marqué chez les quadragénaires : « **Ce qui est plus difficile [...] Ce sont surtout les quadras [...] déçus à un moment où ils étaient en pleine progression.** » (lignes (205 à 210) tandis que les baby-boomers cherchent à transmettre : « **dans l'intergénérationnel [...] Les baby-boomers[...] ont surtout à cœur de transmettre.** » lignes (195 à 198)

CDS 1 confirme cette mutation des priorités : « **Enfin, les jeunes veulent vraiment tout savoir, le sens, l'équilibre, la reconnaissance, tout de suite.** » lignes (67-68)

Selon Tania Saba, ces divergences ne relèvent pas d'un conflit de générations, mais de temporalités différentes dans le rapport au travail. Il revient donc au cadre de jouer un rôle de médiateur intergénérationnel. CDS 1 précise : « **Je ne peux pas motiver les gens de la même manière [...] Les anciens ont un vécu[...] que les jeunes arrivés ou les nouveaux.** » ligne (232-235).

Les apports de Lucie Berkovitch et du rapport de la Fabrique des soignants montrent que la crise du Covid-19 a entraîné une perte de repères, une fatigue psychique, mais aussi un renouveau des aspirations. Le sens du travail est devenu une question centrale, autant que la qualité de vie et le besoin de reconnaissance.

Le CDS 1 le confirme : « **La COVID a permis au fait de changer la donne sur leur vision du travail. [...] Ils privilégient vraiment leur vie personnelle et le travail** » ligne (132 à 134).

Le CDS 2 ajoute : « **Je ne peux pas être le cadre d'avant la crise COVID. [...] Il faut tenir compte des organisations, de la qualité de vie au travail.** » ligne (161-162)

Le CDS 3 reconnaît un changement profond : « **je trouve aussi Il y a eu un sacré changement après le Covid [...]avant et un après, et ça se voit dans leur manière de s'engager d'accord.** » ligne (248 à 250).

Le même cadre CDS 3 valorise les dynamiques d'équipe : « ***On avait gagné une prime sur le vestiaire solidaire [...] ça motive tout le monde.*** » Ligne (141), La crise a permis à certains collectifs de se reconstituer autour de projets.

Le CDS 5 signale aussi les effets délétères : « ***Il y a des soignants qui ne sont jamais vraiment revenus après, [...] ils étaient là physiquement mais plus mentalement., ça a créé une « exode »*** ligne (501-503)

Enguerrand du Roscoät rappelle que la santé mentale est un enjeu collectif, et que la crise a souligné l'urgence d'une responsabilité partagée pour la préserver.

➤ Le cadre en mutation : entre humanité, adaptation et sens collectif :

Les cadres interrogés incarnent un changement de posture. Le CDS 5 agit comme médiateur du sens : « ***Je prends un peu le temps pour discuter et puis je les fais parler sur leur ressenti global de leur taf [...] de cet entretien informel et à partir de là je leur propose [...] c'est-à-dire voilà en ce moment il se passe ça sur le pôle*** » ligne (233-241).

Le CDS 3 ajoute : « ***Être équitable entre les soignants, ne pas en privilégier un soignant vis à vis de ..*** », ligne (120-121) soulignant l'importance de l'écoute et de l'équilibre.

Le CDS 4 par sa posture réflexive : « ***Je m'interroge toujours sur le fonctionnement du CMP qui n'est pas aujourd'hui en 2025 qui ne fonctionne pas [...] on s'en ouvre on en discute*** » ligne (140 à 144).

Les cadres apparaissent comme facilitateurs de la reconnaissance, de l'expression, de la projection. Ils ne portent plus uniquement la performance, mais le sens et la cohésion. Le CDS 6 conclut : « ***Il faut mettre de l'humain dans la gestion, sinon cela ne tient pas.*** » ligne (293).

On comprend, que finalement le sens du travail se construit à l'intersection de parcours personnels, de transformations systémiques et de dynamiques collectives. Il constitue aujourd'hui un levier majeur de fidélisation, à condition qu'il soit nourri, reconnu et soutenu par un management bienveillant. Les cadres de santé, au travers des entretiens analysés, apparaissent comme des figures clés dans la reconstruction de ce sens, à la fois médiateurs de générations, acteurs de la qualité de vie au travail, et garants d'un soin pensé collectivement. C'est dans cette capacité à réconcilier les exigences du soin avec les besoins subjectifs des soignants que se trouve, sans doute, l'avenir du management hospitalier.

11.3 La motivation : un équilibre subtil entre reconnaissance, sens et adaptation :

La motivation des soignants, selon Thill et Vallerand, repose sur des forces internes et externes qui déclenchent, dirigent et soutiennent un comportement professionnel. Cette approche rejoint la perception des cadres interrogés, pour qui la motivation est nourrie par un climat relationnel de confiance, une reconnaissance visible et un alignement avec les valeurs personnelles.

Le CDS 1 affirme : « **Je ne peux pas motiver les gens de la même manière [...] on est tous différents** ». Ligne (232-233), Il distingue clairement les attentes entre nouveaux arrivants, « motivés pour avoir un beau bagage de travail », et anciens, en quête de valorisation : « *Les jeunes ne font pas comme moi* ».

Le CDS 5, quant à lui, exprime la nécessité d'un management bienveillant : « **On sent bien, suivant les personnalités, vers quoi ils veulent aller, ce qu'ils ne veulent pas du tout** ». ligne (308-309).

Cette posture de motivation ajustée rappelle la théorie de l'autodétermination de Deci et Ryan, selon laquelle les besoins fondamentaux d'autonomie, de compétence et de lien social sont les piliers de la motivation durable. Elle s'ancre aussi dans la logique de la valence (Vroom), où la valeur accordée à l'objectif par le professionnel conditionne son implication.

La perte de sens constitue un facteur majeur de démotivation. Caroline Arnoux-Nicolas explique que le sens du travail résulte d'un vécu subjectif lié à l'expérience, à la cohérence perçue entre soi, les valeurs du métier et l'activité réelle. Cette désarticulation est au cœur du témoignage du CDS 5 : « **Ce qui est vraiment, la petite violence du quotidien, au jour le jour, qui grappille le moral, grappille l'enthousiasme, grappille l'initiative** ». Lignes (260-261).

Le CDS 1 rejoint cette lecture en évoquant la lassitude face à déperdition médicale et tâches exercées : « **On revient à la notion du sens au travail, ils ne sont pas motivés. Nous, on a eu quand même des problèmes de déperdition médicale, ce qui fait qu'il n'avait plus ce sens. Cette clinique médicale** ». Lignes (83 à 85).

Cette perte de cohérence, d'après Yalom, affecte le sentiment d'efficacité personnelle (Blanchard, Vrignaud) et entraîne un retrait progressif de l'investissement professionnel.

Le CDS 5 évoque ce désalignement existentiel : « **la perte de repère par rapport à leur métier [...] ils ont l'impression .. c'est quoi cette profession ..** » **J'ai touché le plafond de verre de mon métier si vite, comment ça se fait ?** ». Lignes (275 à 279).

Comme le souligne Enguerrand du Roscoät, la crise du Covid-19 a intensifié une détérioration déjà latente de la santé mentale des soignants. Le CDS 2 témoigne : « **Trop de missions de contrôle d'un cadre de santé peut faire partir** ». Cette surcharge symbolique, sans valeur ajoutée perçue, alimente le désengagement.

Lucie Berkovitch parle d'un glissement vers l'antipsychiatrie : « **On fait de l'antipsychiatrie quotidienne, [...] tous nos outils habituels pour apaiser l'ambiance [...] sont devenus impossibles** ». Le CDS 5 complète : « **La disponibilité auprès du patient est vécue comme non reconnue par les choix gestionnaires** ».

Le rapport d'Alexis Bataille (2023) confirme que le sentiment d'impuissance, le sous-effectif et la pression permanente ont ébranlé la vocation des soignants. La crise a mis à nu les tensions organisationnelles, mais aussi existentielles : « **Un soignant bien soigné, c'est un patient bien soigné** », dit-il.

La fracture générationnelle est palpable dans les propos des cadres. Le CDS 2 souligne : « **ils veulent une certaine souplesse dans le management agile** » Ligne 83.

Le CDS 3 appui en disant : « **En tout cas les jeunes j'ai l'impression qu'ils veulent plus de liberté, moins de contraintes** ». Lignes (75-77)

Tandis que parfois le CDS 1 oppose : « **Les générations d'avant 1979 [...] il y avait du sens dans le travail [...] tellement fluide[...] que la nouvelle génération tout décortiquer pour qu'ils comprennent [...] et qu'ils aient du sens dans leur travail** ». Ligne (119-123). Cette opposition renvoie aux travaux de Tania Saba sur les générations : la génération Y attend davantage de sens, de flexibilité.

Le CDS 6 décrit un changement de paradigme : « **Ils posent des conditions, dès le départ. Au fait, c'est vraiment ça passe ou ça casse. moi je n'oserais jamais faire ça.** » ligne (113v à 120), Tandis que le CDS 3 affirme : « **Je traite tout le monde pareil** » ligne (122), certains cadres (CDS 4, CDS 5) développent une approche fine, inspirée de l'« interpersonal sensmaking » (Arnoux-Nicolas) : CDS 4 « **ça se n'est n'est pas une stratégie, c'est de la subtilité au faite de pouvoir observer, évaluer comment la personne et tout ça** » ligne (391-392), le le CDS 5 sa stratégie de motivation entre les nouveaux arrivés et les anciens professionnels : « **je dirais la même chose, pareil, mais subtilement , [...] suivant les personnalités on sent .. suivant les personnalités et les gens [...] ceux vers quoi ils veulent aller** ». Lignes (307-309).

Cette adaptation générationnelle s'inscrit dans une logique d'individualisation du management, où chaque profil requiert un accompagnement singulier, reposant sur l'observation, l'écoute et la co-construction du sens.

Face à ces bouleversements, le rôle du cadre évolue vers un pilotage humaniste et réflexif. Le CDS 1 décrit une stratégie d'intégration active : « **il a des objectifs moi, j'ai des objectifs de service et au fait On allie les 2 objectifs de manière à ce que tout le monde soit content** » ligne (205-206). Le CDS 2 insiste : « **il faut les porter [...] Porter les gens, c'est difficile pour le cadre ... ça demande beaucoup d'énergies** » ligne (192 à 196). Cette vision d'un cadre « porteur de sens » s'oppose à une posture évaluative figée, mais cela demande de l'énergie. Le cadre 4 incarne cette transformation en parlant des nouveaux arrivants dans son service : « **Je préfère bien prendre le temps, même si c'est plusieurs mois** ». Lignes (341-342).

La reconnaissance devient un acte managérial quotidien. Le cadre 5 affirme : « **de cet entretien informel, Je leur propose un peu les actualités [...] tu vois là on est en train de sur la journée de pôle A l'hôpital il cherche quelqu'un qui veut travailler sur un projet lambda.....** ». Lignes (238 à 245). Par cette posture, le cadre se fait facilitateur d'initiatives, catalyseur de motivation. Cette évolution du rôle de cadre vers un accompagnement bienveillant, ajusté, et symboliquement fort s'inscrit pleinement dans la redéfinition du leadership soignant.

L'analyse croisée des entretiens et du cadre conceptuel met en lumière une transformation profonde des ressorts de la motivation chez les soignants. La perte de sens, amplifiée par la crise sanitaire, appelle une refondation managériale centrée sur la reconnaissance, l'écoute et la co-construction. Le cadre de santé devient un acteur pivot, non seulement garant de l'organisation, mais aussi du sens, de la santé des équipes et de la dynamique collective. Face à des générations aux attentes distinctes, il incarne une fonction en mouvement, à la fois régulatrice et inspirante.

11.4 La reconnaissance comme levier de fidélisation dans un management en mutation

Parmi les leviers identifiés, la reconnaissance au travail émerge comme un facteur déterminant. Cette analyse s'appuie sur les verbatim issus de six entretiens de cadres de santé

Le cadre conceptuel rappelle que la fidélisation repose sur la reconnaissance effective du travail accompli, la valorisation des compétences et un climat propice à l'épanouissement professionnel (Grand dictionnaire terminologique, Colle). CDS 1 exprime cette idée par une formulation forte : « **C'est se sentir exister tout simplement dans le travail... c'est le Graal.** », ajoutant : « **C'est que j'ai déjà fait mon job.** ». Lignes (255-258), La reconnaissance devient ici un indicateur de réussite managériale.

CDS 3 y voit un levier direct de stabilisation : **« parce que quand on valorise un agent [...] ou qui monte en compétences... ça peut fidéliser. »** Ligne (227 à 229) Ce propos s'inscrit dans les apports de Christophe Dejours sur la reconnaissance comme médiation de l'engagement subjectif au travail. Le même cadre alerte aussi : **« Souvent on a tendance à dire ce qui ne va pas... on oublie les choses positives. »** ligne (239-241)

CDS 5 apporte une nuance essentielle : la reconnaissance doit être sincère et contextualisée : **« Si c'est pour leur dire bravo et leur faire des pouces alors que ce n'est pas le moment... ça sonne faux. »** Il insiste : **« Le sentiment, c'est très subjectif... mais ça donne un peu de matière au sens qu'on donne au boulot au jour le jour. »** ligne (344 à 346).

CDS 2 s'appuie sur les « strokes positifs » de la PNL (programme neuro-linguistique) (290): **« C'est important de le reconnaître pour un cadre... c'est la communication du cadre. »** Lignes (304-305). Pour lui, la reconnaissance est une grammaire quotidienne : **« Le regard du cadre, quoi qu'on en dise dans la hiérarchie c'est toujours important. »** Lignes (338-339).

La crise sanitaire a exacerbé les tensions psychosociales, comme le souligne Lucie Berkovitch : surcharge de travail, protocoles, isolement. Le CDS 6 déclare : **« Dire uniquement Bonjour à la personne, c'est hyper important pour eux. Ils se sentent considérés. »** ligne (238). Elle ajoute : **« Je fais le tour du service pour qu'ils sachent que je suis là [...] en cas où ils ont besoin de quelques choses. »** Lignes (239-241) Ces gestes simples prennent une portée nouvelle, tissant du lien dans un environnement dégradé.

Le rapport CoviPrev et les travaux d'Alexis Bataille rappellent que 56% des soignants ont déclaré une détresse psychologique en 2020. La reconnaissance, dans ce contexte, devient aussi un acte de soin envers les soignants eux-mêmes.

Le CDS 3 insiste sur ce besoin de considération : **« surtout là dans la période où on est actuellement c'est très important de valoriser le travail de chacun. »** ligne (241-242)

Le CDS 1 met en lumière la reconnaissance par l'action : **« J'ai confectionné des trames d'horaires de travail en 12h00... C'est beaucoup lié à la QVT. »** ligne (26-28). La reconnaissance devient ici structurelle, incorporée aux conditions de travail.

Tania Saba montre que la génération Y attend une reconnaissance individualisée, dans une logique de réciprocité et d'équilibre vie pro/perso. Le CDS 6 incarne cette approche : « **Quelqu'un fait quelque chose, même si c'est minimum... valoriser, dire que c'est très bien.** », ou encore : « **Tu fais quelque chose de bien, je te le dis....** » Lignes (258-262) elle ajoute « **en disant ça te donne envie d'en faire encore plus, moi personnellement je suis dans cette optique** ».

Le CDS 5 introduit une reconnaissance double : « **Ils ont besoin d'entendre régulièrement que ça fonctionne, que c'est bien, que c'est satisfaisant et individuellement ils ont besoin d'avoir le sentimentqu'ils sont une pièce intéressante du puzzle** » ligne (353 à 356).

La fonction managériale se transforme. CDS 2 affirme : « **On sort d'un schéma très vertical à un schéma plus horizontal.** ». Lignes (311-314), Il conçoit la reconnaissance comme une compétence relationnelle : « **Le fait de se rapprocher de son équipe, de tutoyer, ce n'est pas forcément maintenant redescendre à l'échelle ou ne pas habiter son positionnement, ça fait aussi une sorte de d'agilité** » on comprend que cette agilité du cadre à accompagner sans toutefois perdre ou renoncer à son autorité.

Ainsi, le CDS 6 décrit une posture de mentorat : « **Je vais lui proposer si elle souhaite de se former pour devenir aide-soignante.** », Lignes (283-284) illustrant la reconnaissance projetée dans le parcours professionnel.

Le management adaptatif, valorisé par Peretti et Swalhi, repose sur l'autonomie, la reconnaissance et le développement professionnel. Le CDS 5 résume cette dynamique : « **Il faut savoir pencher vers l'un ou vers l'autre... sinon les équipes se sentent clivées.** », le CDS 3 conclut : « **Valoriser le travail, l'implication dans les projets... valoriser tout ce qu'ils font.** » ligne (387-389).

Après l'analyse il ressort que la reconnaissance n'est pas un accessoire managérial, mais un fondement de la fidélisation. En intégrant les apports de la sociologie du travail, de la psychologie sociale et des sciences de gestion, cette analyse montre combien la reconnaissance agit comme levier de motivation, de stabilité et d'engagement. Les propos des cadres illustrent une prise de conscience aiguë de son rôle dans un management bientraitant et adaptatif. Dans un contexte marqué par la crise, les mutations générationnelles et les tensions organisationnelles, reconnaître revient à ré-humaniser l'encadrement hospitalier.

12 DISCUSSION

Au début de l'élaboration de ce travail de recherche et en décrivant le contexte de ma situation, plusieurs questions m'ont amenée à questionner la capacité d'agir du cadre de santé, les leviers managériaux qu'il peut mobiliser afin de fidéliser le personnel soignant dans un contexte contraint. L'enquête tout d'abord exploratoire m'a permis de faire émerger une première problématique qui m'a aidée à construire mon cadre concept. Au travers de l'analyse du cadre de référence appuyé d'une enquête de terrain cela a permis de reformuler ma question de départ en une question de recherche suivante :

“ En quoi la posture managériale du cadre de santé peut-elle favoriser la fidélisation des soignants, en renforçant leur motivation par la reconnaissance et le sens donné au travail ?”

Pour répondre à cette question, deux hypothèses ont été formulées, éclairées à travers l'analyse de six entretiens menés auprès de cadres de santé exerçant en psychiatrie.

Hypothèse 1 :

“Une posture managériale fondée sur l'écoute, la confiance et l'autonomie favorise l'émergence d'un climat de travail porteur de sens, et contribue à la motivation durable des soignants”.

Cette hypothèse m'a paru essentielle, car une posture managériale attentive aux besoins individuels et collectifs permet de renforcer l'autonomie et la satisfaction des soignants conduisant ainsi à une meilleure motivation et un environnement de travail favorable.

Ainsi, les propos des cadres de santé interrogés viennent conforter cette première hypothèse. Elle illustre de manière concrète les effets d'une organisation fondée sur l'autonomie et l'adaptation aux besoins personnels : mise en place d'horaires aménagés, accès facilité à la formation continue, valorisation de l'initiative. En outre, elle décrit un environnement où la qualité de vie au travail est perçue comme un levier stratégique de fidélisation. De même, elle évoque la participation active des soignants à l'élaboration des projets de service. Cette implication renforce leur sentiment d'utilité, et participe à donner du sens à leur engagement quotidien.

Les entretiens révèlent que la confiance accordée par le cadre crée un effet de responsabilisation.

La reconnaissance implicite agit comme un levier de motivation, en particulier lorsque les agents sont invités à prendre des initiatives. L'écoute, l'ouverture au dialogue, la régulation des conflits en proximité, sont autant d'éléments cités comme favorisant l'attachement à l'unité. Cette hypothèse est nuancée dans la mesure où la posture managériale ne se définit pas à elle seule, il paraît essentiel de prendre en considération les valeurs propres de chacun et l'expérience de terrain qui contribue fortement à cette posture.

Les enjeux actuels du renouvellement générationnel des équipes, la culture d'équipe forte et valorisante est cruciale pour attirer, intégrer et retenir les jeunes professionnels en quête d'identité et de sens au travail. Ainsi, cela m'a amenée à cette deuxième hypothèse.

Hypothèse 2 :

“L'intégration dans une dynamique collective et une culture d'équipe valorisante est un déterminant essentiel de la fidélisation, notamment chez les jeunes professionnels de santé”.

Cette hypothèse est également validée par les discours recueillis qui évoquent l'importance des rituels collectifs, des temps de réunion où chacun peut s'exprimer, et des projets communs portés en équipe. Elle précise que les jeunes soignants « ont besoin de sentir qu'ils appartiennent à un groupe ». Un autre cadre complète cette idée en soulignant que « ce qui les retient, c'est quand ils sentent qu'ils comptent pour leurs collègues ».

Le rôle du collectif est donc crucial. Il agit comme un espace d'apprentissage, de soutien mutuel, mais aussi comme un facteur identitaire. On peut dès lors penser qu'il existe une « culture d'unité » où les valeurs communes sont mises en avant : bientraitance, esprit d'entraide, professionnalisme. Lorsque cette culture est partagée, elle favorise l'adhésion des agents et diminue les intentions de départ.

La valorisation par le collectif est également un vecteur de reconnaissance. Un des professionnels interrogés note que les remerciements exprimés en public, les responsabilités données à chacun, les formations partagées, renforcent l'estime de soi et l'investissement. Cela rejoint les travaux de Tania Saba sur le besoin de reconnaissance interpersonnelle, notamment chez les jeunes générations.

Les différences générationnelles identifiées dans les entretiens appuient cette hypothèse. Il est observé que les jeunes professionnels recherchent un cadre horizontal, une équipe soudée, et une reconnaissance rapide. À l'inverse, les soignants plus anciens valorisent la stabilité, la reconnaissance institutionnelle, et l'autonomie dans la durée. Ce contraste confirme la nécessité d'un management différencié et adaptable.

En définitive, l'analyse comparative des deux hypothèses permet de conclure que la fidélisation des soignants repose sur une combinaison subtile entre reconnaissance individuelle, dynamique collective, et sens au travail. Le rôle du cadre de santé ne se limite plus à la gestion des plannings ou à la régulation des tensions : il devient un acteur clé de la motivation, du bien-être professionnel, et de la cohésion d'équipe.

Dans un contexte hospitalier en tension, marqué par les départs, la surcharge et les réorganisations fréquentes, ces leviers managériaux apparaissent comme des outils essentiels pour stabiliser les équipes. La posture managériale, lorsqu'elle est incarnée avec cohérence, humanité et vision, devient un vecteur puissant de fidélisation durable.

CONCLUSION

Ce mémoire s'est inscrit dans une démarche à la fois analytique et introspective visant à mieux comprendre les mécanismes de fidélisation du personnel soignant à travers la posture managériale des cadres de santé. En croisant les données issues d'entretiens qualitatifs et les apports conceptuels liés à la motivation, la reconnaissance et la quête de sens, il a été possible de mettre en lumière les leviers les plus efficaces mais aussi les limites de l'action managériale dans un contexte hospitalier.

La fidélisation ne peut plus être pensée uniquement en termes de stabilité de l'emploi. Elle doit être comprise comme une dynamique vivante, traversée par des attentes générationnelles, des représentations du travail en constante évolution, et des contextes structurels toujours plus contraints.

Ce travail a permis de dégager plusieurs constantes à travers les discours recueillis : la quête d'un équilibre entre vie professionnelle et personnelle, la valorisation des compétences spécifiques....etc.

Les entretiens ont aussi mis en évidence des différences marquées entre les générations. Les jeunes professionnels se montrent davantage en quête de souplesse, d'autonomie et d'un management participatif, tandis que les plus anciens attachent encore de la valeur à la stabilité, aux repères hiérarchiques et à l'institutionnalisation de la reconnaissance. Ces résultats confirment la pertinence d'un management différencié, adapté aux profils, qui ne sacrifie pas l'unité du collectif au nom des individualités.

À ce titre, le rôle du cadre de santé apparaît comme fondamental. Non plus simple gestionnaire de ressources humaines, il devient passeur de sens, médiateur d'équilibres, garant d'un climat de travail soutenable et porteur de sens. Les cadres doivent apprendre à conjuguer des exigences parfois opposées : encadrer sans brider, fédérer sans imposer, déléguer sans se désengager. Leur posture managériale est donc un exercice constant d'ajustement, d'écoute, et d'anticipation.

Ce travail réflexif m'a permis d'ancrer cette vision dans une réalité tangible. En tant que professionnelle ayant exercé quelques années comme infirmière, mais douze années dans un secteur différent du soins, j'ai pu porter un regard à la fois critique et empathique sur les enjeux soulevés par les cadres interrogés.

Cette recherche a nourri ma réflexion personnelle, consolidé ma posture professionnelle, et renforcé ma conviction que le management ne peut réussir sans prendre en compte les aspirations profondes des soignants. Il m'a également apporté une prise de conscience importante : celle de l'impact de la reconnaissance non seulement sur la rétention du personnel, mais aussi sur la qualité des soins et la dynamique collective. Être cadre de santé demain, pour moi, c'est porter cette exigence de reconnaissance dans les gestes managériaux quotidiens, dans les mots échangés, dans les temps de bilan comme dans les décisions opérationnelles.

Les entretiens menés avec les six cadres de santé ont permis de faire émerger des thématiques récurrentes, nourries par des vécus professionnels riches et une expérience de terrain aiguisée. Les verbatims, dans leur authenticité, prolongent et incarnent les analyses théoriques développées au fil de ce mémoire. Ils révèlent non seulement les enjeux liés à la fidélisation des soignants, mais également les représentations évolutives du métier de cadre, les mutations générationnelles et le rapport ambivalent à l'institution hospitalière post-crise sanitaire.

Ils soulignent avec insistance l'évolution des valeurs professionnelles entre les générations. Si les anciennes générations mettaient en avant le respect hiérarchique et l'investissement total dans leur mission, les jeunes professionnels valorisent aujourd'hui davantage la conciliation vie privée / vie professionnelle et un besoin accru de reconnaissance immédiate. Cette fracture générationnelle est à la fois un défi et une opportunité : « on avait ce respect du supérieur hiérarchique, mais avec le recul ce n'est pas ça, le supérieur hiérarchique n'a pas toujours raison ». Les jeunes soignants questionnent les formes d'autorité classiques et attendent des cadres une posture davantage fondée sur l'accompagnement et le sens partagé.

Ajouté à cela, la crise de la Covid-19 a laissé des traces profondes dans la mémoire collective des professionnels. Plusieurs cadres expriment une forme d'amertume vis-à-vis de l'État, perçu comme défaillant dans sa protection : « nous avons le sentiment de ne pas avoir été protégés », « c'est là où l'État se trompe, la revalorisation ne devait pas être seulement salariale mais une protection globale dans le travail ». Ce ressenti d'abandon a déclenché un besoin de reconnaissance plus aigu, tant sur le plan moral que matériel. On peut identifier dans ce contexte une défiance croissante envers les institutions : « les soignants n'ont plus eu confiance en l'État, donc plus en l'institution, et donc à terme plus en leur N+1 ».

Les six cadres convergent sur un point : la fidélisation passe par la capacité du cadre à créer un climat de confiance et de cohérence. Ils insistent sur le rôle de « présence managériale », de disponibilité et de communication. Être présent dans les murs, même sans avoir de réponse immédiate à tout, devient un facteur de sécurisation : « parfois les équipes ne demandent pas grand-chose, mais le fait d'être informé, de savoir que le cadre est là, les rassure ». Le cadre est aussi vu comme un « chef d'orchestre », garant de l'harmonie collective malgré les injonctions institutionnelles.

Plusieurs cadres font un constat préoccupant sur la motivation initiale des jeunes générations à entrer dans la filière soignante : « j'ai eu des stagiaires qui m'ont dit qu'ils ont choisi la filière par défaut, faute de pouvoir faire médecine ». Cette perte de vocation renforce la difficulté à fidéliser. Pour certains, le métier d'infirmier est parfois « vidé de son engagement éthique » au profit d'un projet purement utilitaire. Redonner du sens, réenchanter la profession, est alors perçu comme une mission essentielle du cadre.

L'image de l'hôpital comme une « vieille dame rigide » revient à plusieurs reprises pour un des cadres interrogés. Cette métaphore traduit la perception d'une organisation figée, lente à évoluer, peu en phase avec les attentes actuelles des professionnels : « c'est une structure qui n'a pas bougé depuis 50 ans », « l'intérim attire car il permet de ne pas épouser les contraintes de cette vieille dame ». Le cadre en question appelle à un « rafraîchissement » du modèle hospitalier, à une plus grande souplesse, mais reconnaît aussi les limites structurelles face à ce besoin de transformation.

Enfin, plusieurs cadres soulignent que la posture du cadre intermédiaire est elle-même en tension. Entre les attentes du terrain, les demandes de la direction et leur propre santé mentale, les cadres doivent eux aussi être soutenus. « Il y a des cadres qui bossent comme des dératés et qui sont moins payés qu'un ASH ». Ce constat questionne la reconnaissance du rôle de cadre dans l'institution et renforce la nécessité d'inclure les cadres dans les politiques de qualité de vie au travail.

Ces retours d'expérience prolongent utilement les analyses proposées dans cette étude. Ils donnent une voix précieuse à celles et ceux qui, au quotidien, tentent de maintenir la cohésion, de faire vivre le sens et de fidéliser, malgré les contraintes et les désillusions.

En lien avec ce qui précède, ce retour d'expérience a renforcé mon sentiment d'appartenance à un collectif professionnel en transformation. Il m'a offert la possibilité de réfléchir à ce que signifie diriger dans un hôpital en tension, mais aussi à ce que signifie

prendre soin de ceux qui soignent. Être cadre, ce n'est pas seulement assurer le bon fonctionnement d'un service : c'est créer les conditions humaines et structurelles pour que chacun puisse y trouver sa place, s'y sentir utile et reconnu.

Dans cette perspective, ce travail a été une étape charnière. Il m'a permis de développer une posture réflexive, de commencer à mieux maîtriser les outils de l'analyse qualitative, et de comprendre comment articuler une pensée stratégique avec une action de terrain. Il m'a aussi permis d'envisager des perspectives innovantes pour penser autrement le rôle du cadre dans un monde hospitalier en recomposition.

Enfin, ce mémoire m'a permis d'identifier les tensions inhérentes à la position de cadre intermédiaire, souvent pris en étau entre les injonctions de la direction et les besoins des équipes. Cette place singulière exige une intelligence relationnelle, une éthique de l'écoute, et une capacité à traduire les orientations institutionnelles sans les imposer brutalement. Le cadre est à la fois relais, repère et régulateur. Il porte en lui la responsabilité de maintenir un cap, sans ignorer les réalités de l'équipe qu'il aura à accompagner.

Par ailleurs, la richesse des apports théoriques tout au long de ma formation proposés par ESM de Créteil conjugués aux différents stages ont contribué profondément à ma représentation du rôle de cadre d'aujourd'hui.

Ce travail m'a appris que la fidélisation ne se décrète pas, qu'elle se construit, patiemment, dans la relation, dans la reconnaissance, dans la co-construction. Elle m'a aussi appris que la motivation, loin d'être un état figé, est un processus dynamique que le cadre peut nourrir ou affaiblir selon sa posture.

Dans un monde hospitalier en constante mutation, où les soignants sont trop souvent épuisés, invisibilisés ou démobilisés, je souhaite, à travers cette future fonction de cadre, porter une autre manière de faire équipe. Une manière plus humaine, plus ancrée dans le quotidien, mais aussi plus lucide sur les conditions d'exercice. Car fidéliser, ce n'est pas retenir à tout prix. C'est donner envie de rester, en donnant du sens, et de la perspective.

En définitive, ce mémoire m'a permis de comprendre que le cadre de santé ne peut être réduit à un rôle d'exécutant entre deux mondes. Il est véritablement l'interface humaine entre la direction et les équipes, garant de la fluidité des relations et de la traduction du sens. Mais cette position charnière le confronte à des tensions fortes, parfois invisibles.

Dès lors, et en guise de fin, il convient désormais de s'interroger sur :

« Comment dans le futur, il serait souhaitable de reconnaître la charge de travail du cadre de santé, les différentes responsabilités qui lui incombent, son isolement potentiel, et lui offrir ainsi les moyens de se ressourcer », car un cadre soutenu, entendu, et respecté, sera à même d'accompagner les soignants avec cohérence, humanité et engagement.

13 BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ARNOUX-NICOLAS Caroline, 2019. *Donner un sens au travail : Pratiques et outils pour l'entreprise*. Paris : Dunod. (Ressources humaines), chapitre 2, p. 59-108.
- BLANCHARD, Serge et VRIGNAUD, Patrick, 1994. Intérêts professionnels et sentiment de compétences. *Questions d'orientation*, n° 4, p. 34.
- EMERY, Yves et GONIN, François, 2009. *Gérer les ressources humaines*. Lausanne : Presses polytechniques et universitaires romandes, p. 191-193.
- FENOUILLET, Fabien, 2023. *Les théories de la motivation*, 2e éd. Paris : Dunod, p. 291-292.
- GENTINA, Élodie et DELÉCLUSE, Marie-Ève, 2018. *Génération Z : Des Z consommateurs aux Z collaborateurs*. Paris : Dunod. (Management / Leadership), 224 p. DOI : [10.3917/dunod.genti.2018.01](https://doi.org/10.3917/dunod.genti.2018.01).
- GILLET, Pierre, 1991. *Construire la formation*. Paris : ESF, p. 69.
- LASNIER, François, 2005. *Réussir la formation par la compétence*. Paris : De Boeck Supérieur, p. 481.
- LE BOTERF, Guy, 1994. *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Les Éditions d'Organisation, p. 38.

Revue & Articles

- BOURDIL, Maryline et OLOGEANU-TADDEI, Roxana, 2018. Les patients, premier champ de reconnaissance au travail. *@GRH*, n° 29/4, p. 61-92. DOI : [10.3917/grh.184.0061](https://doi.org/10.3917/grh.184.0061).
- COLLE, Rodolphe, 2010. Le rôle du sentiment d'auto-détermination dans la fidélisation des salariés. In : *21e Congrès de l'AGRH : Nouveaux comportements, nouvelle GRH ?* Rennes & Saint-Malo, 17-19 nov. 2010.
- ECKENSCHWILLER, Maud ; WODOCIAG, Sophie ; MERCIER, Samuel, 2022. La collaboration interprofessionnelle en management hospitalier. *Management & Avenir*, n° 131, p. 25.
- ERNY, Jean Charles, 2010. Le sentiment d'efficacité personnelle, et ses attributs dans la polyvalence des infirmiers au sein d'un pôle. *Recherche en soins infirmiers*, n° 101, 2010/2.

- FENOUILLET, Fabien, 2011. La place du concept de motivation en formation pour adulte. *Revue internationale en éducation et formation des adultes*, Savoir, 2011/1, n° 25, p. 25-27.
- KUSCHAT, Catherine, 2020. Crise sanitaire 2020 : entre sens et résilience organisationnelle. *Projectics / Proyética / Projectique*, Hors-Série, p. 11-32.
- Le Monde : https://www.lemonde.fr/journal-blouses-blanches/article/2020/03/24/journal-de-crise-des-blouses-blanches-les-petages-de-plomb-du-personnel-vont-venir-plus-tard_6034274_6033712.html
- Le Monde : https://www.lemonde.fr/societe/article/2025/02/25/les-blouses-blanches-cinq-ans-apres-le-debut-du-covid_6562616_3224.html
- MORIN, Estelle, 2008. Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel. *Santé psychologique*, Études et recherches, R-543, p. 3.
- PANTANELLA, Raoul, 1992. Un certain regard... pour motiver autrui, il faut l'être soi-même. *Cahiers pédagogiques*, n° 300, janvier, p. 10-12.
- PAUGET, Bertrand et DAMMAK, Ahmed, 2012. L'arrivée de la génération Y. *Pratiques et organisation des soins*, Vol. 43, n° 1, p. 25-33. DOI : [10.3917/pos.431.0025](https://doi.org/10.3917/pos.431.0025).
- PETIT, Renaud et ZARDET, Véronique, 2017. Attractivité, fidélisation et implication du personnel des EHPAD : une problématique sectorielle et de management. *Revue @GRH*, 22, p. 36.
- PIPERINI Marie-Christine ; SIMONIAN, Stéphane ; TOPOUZKHANIAN, Sylvia, 2023. Tensions de changements et épuisement des personnels en hôpital psychiatrique. *L'information psychiatrique*, Vol. 99, n° 10, p. 711-720.
- ROUET, Gilles, 2019. Les stéréotypes générationnels : fondements, limites et dangers. *Hermès, La Revue*, 2019/1, n° 83, p. 125-133. DOI : [10.3917/herm.083.0125](https://doi.org/10.3917/herm.083.0125).
- SABA, Tania, 2009. Les différences intergénérationnelles au travail : faire la part des choses. *Gestion*, Vol. 34, n° 3, p. 25-37. DOI : [10.3917/riges.343.0025](https://doi.org/10.3917/riges.343.0025).

Rapports/ Notes / Enquêtes

- ANACT, *Pouvoir d'agir et sens au travail*. [en ligne]. Disponible sur : <https://www.anact.fr/pouvoir-agir-est-determinant-pour-construire-le-sens-au-travail>. Consulté le 11/12/2024.
- <https://www.encephale.com/Actualites/2020/Dossier-thematique-Covid-sante-mentale/Covid-en-milieu-psychiatrique-on-sait-si-peu-de-choses>

- CONSEIL INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES, *Note d'orientation - Pénurie et fidélisation des infirmiers*. [PDF].
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES), 2023. *Études et Résultats*, n°1277, 24 août. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, *Séjour de la santé : les conclusions*. [en ligne]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/sejour-de-la-sante/article/sejour-de-la-sante-les-conclusions>.
-
- ORDRE NATIONAL DES INFIRMIERS, 2022. *Communiqué de presse*, Paris, 5 janvier. Disponible sur : <https://www.ordre-infirmiers.fr>.
-
- SÉNAT, 2022. *Rapport n°587 - Commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France*, 29 mars. Disponible sur : <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>.
-
- Enquête Coviprev du 22 au 23 avril 2021, publiée le 5 mai 2021, sante public France.
- Enquête Coviprev du 16/05/2022. Lien : [file:///C:/Users/pfsda/Downloads/pe_sante_mentale_ara_20220628%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/pfsda/Downloads/pe_sante_mentale_ara_20220628%20(3).pdf)
- SANTÉ PUBLIQUE FRANCE, 2021. *Enquête Coviprev, 22-23 avril*. Publiée le 5 mai.

Dictionnaires

- ACADÉMIE FRANÇAISE. *Dictionnaire de l'Académie française* [en ligne]. Disponible sur : <https://www.dictionnaire-academie.fr>.
- OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE. *Grand dictionnaire terminologique* [en ligne]. Disponible sur : <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca>.

Vidéos

- YouTube, *La santé mentale des soignants*, [vidéo]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=4_FdklhYAVM.
- YouTube, *COVID en milieu psychiatrique*, [vidéo]. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=-xg_nhKZf3Y.

ANNEXES

➤ ANNEXE I :

QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE MEMOIRE

➤ ANNEXE II :

TABLEAU RETRANSCRIPTION ENTRETEN
EXPLORATOIRE

➤ ANNEXE III :

GUIDE D'ENTRETIEN

➤ ANNEXE IV :

TABLEAU POPULATIONS DE REFERENCE -
INCLUSION

➤ ANNEXE V :

RETRANSCRIPTION ENTRETIENS DES 6
CADRES

ANNEXE I QUESTIONNAIRE EXPLORATOIRE

1. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que cadre de santé ?
 - Moins de 1 an
 - 1 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - Plus de 10 ans
2. Dans quel type de structure travaillez-vous ?
 - Établissement public
 - Établissement privé
 - Autre : _____
3. Combien de collaborateurs sont sous votre responsabilité ? et ou quelle est la taille de votre équipe actuellement ?
 - Moins de 10
 - 10 à 20
 - 20 à 30
 - + de 30
4. Dans le contexte actuel, on parle de démission et de turnover. Qu'en pensez-vous ?
5. Quelles sont, selon vous, les principales attentes des soignants vis-à-vis de leur encadrement ?
6. À votre avis, quel rôle joue le cadre de santé dans la création d'un environnement de travail épanouissant et porteur de sens ?
7. Quels moyens utilisez-vous pour valoriser vos équipes ?
8. Quelles actions mettez-vous en place pour renforcer l'engagement et la motivation de votre personnel ?
9. **Comment définissez-vous la notion de "sens au travail" dans votre contexte professionnel ?**
10. Quels conseils donneriez-vous à un cadre de santé débutant pour mobiliser ses équipes tout en favorisant leur bien-être ?

Problématique : Dans quelle mesure le management du CDS peut-il fidéliser le personnel soignant dans un contexte de pénurie de personnel ?

		ANNE	BRUNO
Profession	Cadre de santé Psychiatrie adulte- structure adulte		CADRE DE SANTE
Age	45		50
Sexe	F		H
Etablissement	PUBLIC		PUBLIC
Année de diplôme	2019		2024
Expérience	6 ans		2
Effectifs	25 agents		entre 20 & 30
Date de l'entretien	09/12/2024		11/12/2024
Durée de l'entretien	30'		29'
Lieu de l'entretien	TEAMS		telephone
1- dans le contexte actuel, on parle de démission et de turnover. Qu'en pensez -vous ?	je pense que cette situation s'est aggravée depuis la pandémie de Covid-19. D'après mon expérience à l'hôpital et maintenant à Argenteuil, un hôpital général avec un service de psychiatrie, ce problème est généralisé dans tous les établissements	Effectivement, nous assistons à une vague de démissions. Les infirmières ne souhaitent plus travailler dans un poste fixe, certaines se tournent vers le libéral, d'autres vers l'intérim, et certaines changent même de métier. Cette tendance à la démission accentue les pénuries de personnel soignant. Les professionnels de santé accordent désormais une plus grande importance à leur qualité de vie, ce qui explique en partie ces départs. "	
et tu en penses quoi ?	Je pense qu'il s'agit d'un phénomène qui concerne l'Île-de-France, voire l'ensemble du territoire national, et qui nécessite une attention toute particulière. En effet, si nous ne prenons pas les mesures adéquates, nous risquons de compromettre la qualité des soins.		
et la D'accord, là tu es un effectif sécurité, t'es en effectif complet où il te manque des infirmiers?	Malgré un effectif complet, je suis confrontée à de nombreux arrêts maladie. Avec la réorganisation, les équipes de nuit travaillent désormais en 10h et nous, en 12h. Cette nouvelle répartition crée des tensions et une surcharge de travail en journée. La direction souhaite réduire l'équipe de jour à 3 personnes, ce qui aggravera la situation et pourrait entraîner davantage d'arrêts maladie. Aujourd'hui même, nous avons déjà 2 arrêts maladie liés à des accidents du travail.		

2- quelles sont , selon vous, les principales attentes des soignants vis à vis de leur encadrement ?	Ah, je dirais donc d'abord l'écoute. La nouvelle génération veut qu'on une grande considération pour leur vie privée Pour le savoir, les 12 h en psychiatrie, c'est pas terrible pour les prises en charge mais les soignants maintenant privilégient d'abord leur vie personnelle en disant, Bah moi je veux bien travailler mais 5 jours sur 7 non, donc du coup je pense que nous aussi on veut fidéliser et garder le personnel, faut tenir compte de ça.	<i>Les attentes des soignants sont différentes d'une personne à l'autre, mais la présence d'un cadre de proximité est importante pour eux.</i> <i>Avoir un cadre de santé présent, qui les accompagne dans les moments difficiles et qui les rassure dans leur travail, est essentiel.</i> <i>Cette attente est souvent exprimée par les soignants. Par exemple, dans l'unité que j'ai prise en charge, il n'y avait pas de cadre pendant un an. C'est une cadre supérieure qui venait faire les plannings. Ma présence a rassuré l'équipe et m'a permis de poser les règles. Les soignants ont besoin d'un cadre qui soit présent, qui les accompagne et qui résolve leurs problèmes. Le cadre est un pilier du service. Les agents viennent parfois me voir dans mon bureau pour me parler de leurs problèmes personnels. Le cadre doit aussi comprendre le fonctionnement global de l'établissement</i>
D'accord , donc la nouvelle génération accorde plus d'importance à leur vie privée ?	Exactement. Effectivement la nouvelle generation accorde plus d'importance à sa vie privée et ça il faut que l'on tienne compte de ça .après aussi leur bien-être. Moi, moi je prône le management bienveillant. La bienveillance doit être quand même. Dans notre quotidien.	

**3- A votre avis , quel rôles joue la
cadre de santé dans la création d'un
environnement de travail épanouissant
et porteur de sens?**

En tant que cadre, mon rôle est primordial car je suis au plus près des équipes. Je les vois quotidiennement, ce qui me permet de mieux les connaître et de détecter rapidement les éventuels problèmes. Ma porte est toujours ouverte, ce qui les incite à venir me voir à tout moment. Je suis ainsi en mesure d'identifier les premiers signes de mal-être ou de dysfonctionnement au sein de l'équipe. Il est essentiel d'être vigilant et à l'écoute pour assurer le bien-être de tous."

En réalité, ces termes sont très subjectifs car chacun a sa propre perception du travail. Pour moi, un cadre se définit par les valeurs qu'il incarne. Un cadre trop directif peut rendre l'environnement de travail difficile, tandis qu'un cadre trop laxiste peut le rendre incertain. Il est important de comprendre comment les choses fonctionnent, mais aussi de trouver un équilibre entre les attentes de chacun, car les personnalités sont différentes. Chacun aura tendance à privilégier ses propres intérêts. C'est donc au cadre de rassembler les équipes et de créer une dynamique collective pour favoriser un travail de qualité et en toute sécurité. C'est d'ailleurs là que réside notre rôle principal : garantir la qualité et la sécurité des soins."

T'es déjà arrivé de détecter un mal-être des soignants?

Nous avons récemment mené une expérimentation sur de nouveaux horaires de travail en 12H, qui s'est avérée rapidement insatisfaisante. Les plannings établis étaient irréguliers et ne tenaient pas compte des contraintes du personnel. En effet, les infirmières, arrivant à des heures différentes toutes les 15 minutes, se retrouvaient débordées dès le début de leur service. J'ai constaté un impact négatif sur leur moral et leur bien-être, ainsi que sur la qualité des soins apportés aux patients. Face à cette situation, j'ai alerté ma supérieure hiérarchique. Nous avons convenu qu'il était urgent de revoir l'organisation du travail pour améliorer les conditions de travail des équipes soignantes et garantir la qualité des soins."	
--	--

4-quels moyens utilisez -vous pour valoriser vos équipes ?	Valoriser les équipes passe par : La reconnaissance : Il est important de féliciter régulièrement les soignants pour leur travail. Le développement des compétences : Proposer des formations personnalisées permet de répondre aux besoins de chacun et de favoriser l'évolution de carrière. La collaboration : Encourager le travail en équipe permet de créer un esprit de solidarité et de renforcer les liens entre les équipes."	<i>Tout d'abord, il est essentiel de reconnaître la difficulté de l'environnement de travail actuel. Valoriser son équipe passe par des retours positifs réguliers, en soulignant l'importance de chacun. Une communication bienveillante et une disponibilité constante sont également clés. En réunissant ces éléments, vous parviendrez à motiver votre équipe. "</i>
5-quelles actions mettez-vous en place pour renforcer l'engagement et la motivation de votre personnel?	C'est très complexe, comme je le disais. Un management humain et bienveillant, c'est important pour fidéliser les équipes. Mais ce n'est pas suffisant. Je pense qu'on atteint nos limites quand l'institution ne suit pas. Il faut donc être à l'écoute des soignants et faire remonter leurs problèmes et leurs demandes.	<i>Dans le secteur de la psychiatrie, nous menons de nombreux projets et activités thérapeutiques. Il est primordial d'impliquer les soignants dans ces initiatives. Chacun ayant ses propres aspirations, il est essentiel de considérer leurs souhaits individuels. Par exemple, si un soignant souhaite développer des activités de méditation par le jardinage, nous devons l'encourager et lui fournir les moyens nécessaires.</i> <i>Pour moi, il est indispensable d'associer les soignants à toutes nos actions. La motivation financière est également un facteur à prendre en compte. Proposer des heures supplémentaires rémunérées peut être une solution intéressante. Par exemple, en cas d'absence le week-end, je fais appel à des volontaires. Cela me permet d'assurer la continuité des soins, tout en offrant aux soignants une possibilité de complément de salaire. De plus, les soignants qui connaissent bien les patients sont mieux à même de prendre en charge les situations</i>

Comment définissez-vous la notion de 'sens au travail' dans votre contexte professionnel?	Comment donner du sens à mon travail ? Tout d'abord, il est essentiel d'aligner mes actions avec mes valeurs professionnelles. Ensuite, je dois recentrer le patient au cœur de ma pratique. Il est vrai que face aux difficultés du quotidien, on peut parfois perdre de vue l'objectif principal. On risque alors de se focaliser sur nos propres besoins, au détriment de ceux du patient. C'est pourquoi il est important de se détacher de nos préoccupations personnelles pour se concentrer entièrement sur les besoins du patient. En analysant chaque situation, nous pouvons donner du sens à notre travail. Récemment, nous avons mis en place des réunions pour renforcer notre réflexion clinique, notamment en psychiatrie. Au lieu de réagir de manière automatique, nous prenons le temps d'analyser chaque situation et de trouver les meilleures solutions pour le patient. Cette approche, je crois, est très efficace."	<i>Je définis le sens du travail sous plusieurs angles. Tout d'abord, le travail est fondamental dans la vie d'un individu. Ensuite, je me pose la question de ce que je cherche dans mon travail, quelle est sa finalité ? Aligner mes valeurs personnelles et professionnelles contribue à donner du sens à mon travail. Quand je vais travailler, c'est pour rendre service, pour aider le patient qui souffre. En tant que soignant, procurer de l'aide me fait sentir que j'ai accompli ma mission. Il y a aussi la reconnaissance : je travaille dans une institution où j'ai des supérieurs, et j'ai envie que mon travail soit reconnu et valorisé. Cela fait partie de la notion de sens au travail. Bien entendu, pour donner du sens à son travail, il faut également un travail d'équipe, car je ne peux pas tout faire seul."</i>
D'accord, si je comprends bien, remettre de l'analyse clinique, c'est ce qui soignants n'avaient plus de sens à leur travail.	Oui, tout à fait. C'était exactement comme ça, avec toutes les réorganisations constantes. On passait notre temps à se demander ce qu'on faisait vraiment. Entre les horaires décalés, on perdait complètement de vue l'essentiel. 90% du temps des soignants était consacré à l'organisation, aux plannings et aux réorganisations. On ne parlait plus du tout de l'organisation du travail en soi. À quelle heure on devait faire telle ou telle tâche... À un moment, on s'est rendu compte qu'il fallait se recentrer sur l'essentiel : le patient. Bien sûr, la vie personnelle est importante, mais le bien-être du patient doit primer. On a remis le patient au centre de nos préoccupations, avec ses habitudes de vie et ses pathologies. Par exemple, on s'est demandé pourquoi on ne pouvait pas donner certains traitements à 22 heures ? Cela nous a permis de prendre du recul et de retrouver un peu de sens dans notre travail."	

OK donc pour toi, juste pour revenir sur les 12 h les équipes trouvent qu'elles travaillent moins bien parce qu'elles sont en 12h00 et pourtant elles sont là toutes la journée avec le patient?

Oui, c'est paradoxal. Les équipes passent plus de temps avec les patients, mais il y a une rupture dans la continuité des soins.

En effet, les équipes ont l'habitude de travailler en alternance. Par exemple, une équipe travaille le matin et une autre l'après-midi, du lundi au mercredi. Ce roulement entraîne une perte d'informations entre les deux équipes.

Les soignants eux-mêmes reconnaissent que la qualité des soins peut en pâtir, surtout en fin de période. Ils estiment qu'il y a moins d'investissement de leur part et que la prise en charge des patients s'en ressent."

--	--

Quels conseils donneriez -vous à un cadre débutant pour mobiliser ses équipes tout en favorisant leur bien être ?	Pour moi, il est très important d'être à l'écoute de ces équipes et d'évaluer les compétences de chacun. Il faut bien connaître les équipes, savoir par exemple où en est chacun et quelles sont ses forces. Comment évaluer les compétences de chacun ? Il est essentiel de s'appuyer sur les moteurs de chaque équipe pour impulser une dynamique de travail et de réflexion. Il arrive parfois de rencontrer des moments où l'on se sent un peu perdu. Je pense qu'il est important d'avoir une ou des personnes optimistes dans l'équipe et de valoriser ce qui fonctionne bien. En valorisant les points positifs, on permet à l'équipe de reprendre confiance en elle et de progresser. Bien sûr, il faut aussi détecter ce qui ne fonctionne pas bien pour pouvoir améliorer les choses. L'observation est très importante. Quand je suis arrivé, j'ai passé beaucoup de temps à observer les équipes. Rapidement, on identifie les personnes sur lesquelles on peut compter et celles qui ont besoin de plus de soutien. Chaque membre de l'équipe a ses propres spécificités, mais il est possible d'avoir une vue d'ensemble."	"Moi, je suis cadre débutant. J'ai été soignant pendant 24 ans, mais je n'ai pas spécialement un conseil particulier. Je pense que lorsqu'on arrive dans un service et que l'on doit gérer une situation, il faut être conscient qu'un cadre ne peut pas tout régler, même avec les meilleures intentions. Il faut savoir qu'il y a des freins liés à des réticences, à des leaders négatifs, des règles, des législations, d'autres à la hiérarchie, médecins, etc. Donc, un cadre débutant peut venir avec ses envies de bien faire et ses motivations, mais il existe des problèmes inhérents à l'hôpital, et maintenant il faut composer et s'adapter avec les nouvelles équipes, les idées reçues dans les postes clés c'est fini, terminé, on ne peut plus revenir dans les situations glorieuses d'avant. Maintenant, il faut s'adapter à la nouvelle norme, c'est-à-dire que les équipes sont composées de nouvel arrivant, de vacataires, d'intérimaires et des fixes du service, ce qui rend les situations plus complexes et amène les cadres à réfléchir, comprendre quels sont les approches qu'il faut mettre en place pour les intérimaires, quelle approche à mettre en place avec les fixes qui parfois ne sont pas d'accord avec la manière de travailler que les intérimaires. Effectivement le principal conflit qui existe en général c'est le détachement des intérimaires par rapport à la réalité du service ceux qui sont depuis longtemps impliqués dans le service et qui critique la manière de travailler. Il faut savoir que quand on est cadre on fait tout et il ne faut pas penser que l'on va se calquer à notre fiche de poste comme une sorte de check-list, pas du tout. Il faut être avec l'équipe pour les accompagner au quotidien."
---	--	---

ANNEXE III

Bonjour, je me présente je suis étudiante **cadre de santé** à l'IFCS de l'École Supérieure Montsouris.

Dans le cadre de ma formation et de mon mémoire de fin d'études, je mène une recherche sur **la pénurie des soignants** Plus précisément, mon étude s'intéresse à la stratégie qu'adopte le cadre pour fidéliser son équipe

Pour enrichir cette réflexion, je vous propose un **entretien semi-directif**, strictement **anonyme**, composé d'une dizaine de questions et d'une durée estimée entre **45 minutes à une heure**. Cet échange me permettra de recueillir votre **expérience et votre regard sur ces thématiques**.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré pour faciliter l'analyse, puis retranscrit par écrit. L'enregistrement sera supprimé une fois l'analyse terminée.

Question générale

Q1 : Depuis combien d'année exercez-vous en tant que CDS ?

Q2 : vous avez un effectif de combien de soignant ? avez-vous plus de jeune professionnel ou de plus âgés ?

Fidélisation

Q3 : Qu'est-ce qui, selon vous, incite les soignants à rester dans votre service ?

Q- transversale : Selon vous et votre expérience qui reste dans votre service les jeunes ou les moins jeunes ? et pourquoi ?

Q4 : Que mettez-vous en place pour les garder ?

Q-Transversale La fidélisation est-elle identique entre les jeunes diplômés et les plus anciens ?

Sens au travail

Q5 : D'après votre expérience qu'est ce qui semble donner de la satisfaction et de la cohérence aux soignants dans leurs missions quotidiennes ?

Q6 : Selon vous, qu'est-ce qui motive les soignants à s'impliquer au-delà des tâches journalières ?

Relance : Comment un cadre peut aider les professionnels à trouver du sens au w ?

Q-Transversale : Selon vous est-ce le sens au travail est différent pour les nouveaux diplômés et les anciens diplômés ?

Motivation -perte de sens

Q7 : D'après votre expérience et selon vous qu'elles sont les raisons qui pousse un professionnel à partir ?

Q8 : Quelles actions mettez-vous en place pour accompagner les nouveaux arrivants dans leur intégration à l'équipe ?

Q : transversale :Est-ce que vous en tant que cadre votre stratégie d motivation différents selon les professionnels entre anciens et nouveau ?

Reconnaissance

Q9 : Selon vous la valorisation dès les compétences et les efforts de vos collaborateurs apportent quel sentiment auprès de vos équipes ?

Q10 : Selon vous, le faites de faire savoir à vos soignants que leur travail est apprécié est-il de nature à augmenter leur implication ? si oui pourquoi ?

Avez-vous autre chose à rajouter ?

ANNEXE IV

POPULATIONS DE REFERENCES -INCLUSION-PROFESSIONNELS

FONCTIONS	STRUCTURE	AGE	EXPERIENCE PROFESSIONNELLE CDS	FFCS	EFFECTIF SERVICE
CDS 1	Hôpital psy intra (Eps)	47	4 cette année	2	27
CDS 2	Hôpital psy intra (EPS)	55	15	Non renseigné	23
CDS 3	Hôpital psy intra (mixte somatique- psy)	45	5	2	19 à partir de mai 22 agents
CDS4	CMP	55	16 cette année	Non renseigné	14
CDS 5	Intra & extra	45	5	2	25-30
CDS6	Hôpital psy intra	57	5	non	18

ANNEXE V :

RETRANSCRIPTIONS DES SIX ENTRETIENS

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

- 1 **CDS 1 :**
2 Oui j'accepte
3 **Moi :**
4 Merci
5 **Moi :**
6 Tout d'abord, depuis combien de temps exercez-vous en tant que CDS ¹?
7 **CDS 1 :**
8 Fin juin de cette année cela fera 4 ans
9 **Moi :**
10 D'accord, vous avez un effectif de combien de soignants ?
11 **CDS 1 :**
12 On est à 17 infirmiers. 6 aides-soignants, 4 ASH sur la partie UIR (unité insertion &
13 réhabilitations) côté plateforme, et maison thérapeutique, côté plateforme, j'ai 3 infirmiers,
14 une éducatrice spécialisée et une neuropsychologue.
15 **Moi :**
16 Avez-vous plus de jeunes professionnels ou de ou de plus âgés ?
17 **CDS 1 :**
18 Non j'ai plus de jeunes
19 **Moi :**
20 D'accord, qu'est-ce qui selon vous incite les soignants, à rester dans votre service ?
21 **CDS 1 :**
22 Alors ? Bah déjà il y a la partie réinsertion qui est une spécialité quand même bien
23 spécifique de la psychiatrie. Donc forcément les soignants quand ils viennent, c'est
24 parce qu'ils veulent faire de la réinsertion, donc ils ne restent déjà rien que pour la
25 réinsertion. Mais ce qu'il fait précisément, *C'est que j'ai allié vie privée et vie*
26 *professionnelle alors c'est à dire que on j'ai confectionné des trames d'horaires de*
27 *travail en 12h00. De manière qu'il puisse être présent sur leur domicile et à la fois être*
28 *présent aussi au niveau du travail. Donc ça s'est beaucoup lié à la QVT.* Il y a aussi le fait
29 qu'au niveau enfin, ça c'est au niveau du service. Au niveau institutionnel, c'est qu'on a quand
30 même l'opportunité de pouvoir faire des formations pour démontées de compétences. Et *ça*
31 *l'établissement lâche facilement des nombreuses formations du fait qu'on ait en GHT*
32 *donc notre panel de formation est plus évolué Et ça évite de rentrer dans une routine*
33 *quotidienne de travail et ça leur permet d'être de s'extraire de de l'unité, de rencontrer*
34 *d'autres personnes et puis d'acquérir de nouvelles compétences.*
35 **Moi :**
36 D'accord, et donc selon vous, malgré le fait que vous disiez que la majorité de vos soignants
37 sont jeunes. y a quand même des personnes qui dans votre service sont là depuis longtemps ?
38 **CDS 1 :**
39 Oui exacte
40 **MOI :**
41 Selon votre expérience, est-ce que c'est eux qui restent le plus dans votre service ? ou les
42 plus jeunes ?
43 **CDS 1 :**
44 Alors là, ça fait tout de suite évoquer ce conflit générationnel. C'est-à-dire que les personnes
45 qui sont là, les plus âgées, qui sont là depuis plus longtemps, font partie de cette génération
46 qui est X. C'est-à-dire qu'on va encore se respect de loyauté, ce respect. De la hiérarchie,

¹ CDS : cadre de santé

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

47 l'envie de de pérenniser et de rester fidèle à la structure, à l'établissement que les jeunes, **les**
48 **jeunes justement les générations y je trouve que ce n'est pas pareil, c'est ils ont pas du**
49 **tout cette la même notion de loyauté, de hiérarchie. Ben qu'il est respecté pas. C'est**
50 **juste tout simplement qu'eux ils voient leur vie privée. Et certainement pas le boulot.** Et
51 qu'au final, ils préfèrent quitter les l'établissement parce que ça correspond plus à leurs
52 attentes et d'aller voir ailleurs et d'aller voir 4-5-6 employés que la justement, ces générations
53 anciennes, elles, elles, elles privilégient plutôt Je dirais le travail plutôt que leur vie privée.

54 **Moi : sens au travail**

55 Ok, d'accord, toujours d'après votre expérience, qu'est-ce qui semble donner de la satisfaction
56 et de la cohérence aux soignants dans leur mission quotidienne, ?

57 **CDS 1 :**

58 Donner du sens

59 **MOI Relance :**

60 C'est-à-dire donner du sens ?

61 **CDS 1 :**

62 C'est à dire, **donner du sens à leur travail c'est qu'ils comprennent pourquoi est-ce qu'ils**
63 **font quelque chose, quel est le but ?** Et ça, c'est beaucoup chez les jeunes générations,
64 s'ils ne comprennent pas ce qu'ils font. Ils ne vont pas, ils ne vont pas faire les choses de
65 manière à 100%. Ils ont besoin de comprendre admettons un patient arrive dans l'unité pour
66 telle et telle orientation. Il faut qu'ils comprennent pourquoi, est-ce qu'ils viennent dans l'unité ?
67 C'est quoi son but ? C'est quoi leur la pensée ? **Enfin, les jeunes Ils veulent vraiment tout**
68 **savoir : le sens, l'équilibre, la reconnaissance, tout de suite.**

69 **CDS 1 :**

70 Tu peux répéter la question ?

71 **Moi :**

72 Alors, d'après votre expérience, qu'est-ce qui semble donner de la satisfaction et de la
73 cohérence aux soignants dans leur mission quotidienne ?

74 **CDS 1 :**

75 Il y a aussi la satisfaction, c'est la cohésion d'équipe. Le fait qu'il qu'ils se sentent bien dans
76 une équipe, ça leur donne de la satisfaction et donc forcément l'envie de rester aussi.

77 **Moi :**

78 D'accord, selon vous, qu'est-ce qui motive les soignants à s'impliquer au-delà des tâches
79 journalières ?

80 **CDS 1 :**

81 Ah. Hahahahaha (sourire) Bah il faut déjà qu'ils soient déjà motivés. Chose que or moi je
82 m'aperçois que la motivation des soignants n'est plus du tout , aller. Elle devient ça devient
83 plus fébrile la motivation, **On revient à la notion du sens au travail, ils ne sont pas motivés.**
84 **Nous, on a eu quand même des problèmes de déperdition médicale, ce qui fait qu'il**
85 **n'avait plus ce sens. Cette clinique médicale** donc, et pour certains, ils n'ont pas envie de
86 dépasser. les limites et aussi cette reconnaissance au travail qui y a une reconnaissance déjà
87 du cadre du cadre même de santé qui reconnaît son équipe dans le travail accompli. Il y a
88 cette reconnaissance du médecin dans le travail accompli, mais il y a aussi cette partie
89 financière, c'est que si pour eux une action doit être valorisée. Financièrement, par des heures
90 supplémentaires par l'établissement par l'institution. Sinon pas cet alliage de reconnaissance
91 du cadre, reconnaissance médicale et reconnaissance de l'institution. Ils n'auront pas envie
92 d'aller plus loin.

93 **Moi Relance :**

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

94 Du coup, comment ? Par rapport à ce que vous dites, comment du coup, un cadre peut aider
95 les professionnels d'une part à trouver du sens au travail et de la reconnaissance ?

96 **CDS 1 :**

97 Alors, Tout dépend de ce qu'on veut apporter dans l'unité, on a le projet de l'unité. L'objectif du
98 cadre, c'est surtout de faire des courts projets. Les longs projets ils n'acceptent pas ça. Ils ont
99 du mal à accrocher sur des longs projets. Les courts projets, ça veut dire qu'ils on leur donne
100 des objectifs courts, SMART atteignables et eux qu'ils y voient la finalité. Pour eux, ça va leur
101 donner du sens à ce qu'ils font, donc forcément ils ont. ...

102 **CDS 1 :**

103 Peux-tu r répéter la question pour que je puisse me recentrer ?

104 **MOI :**

105 Comment un cadre peut aider les professionnels à trouver du sens au travail ?

106 **CDS 1 :**

107 Donc voilà, il y a ces projets courts, il y a aussi. Ben moi je pense qu'il faut reconnaître le dire
108 quand ils font, quand ils font du bon travail et (le téléphone professionnel sonne) elle le coupe
109 et reprend :

110 Et ça c'est primordial de de leur dire voilà, vous avez fait vraiment du bon travail, continuez
111 dans ce sens. Et il y a aussi cette valorisation. C'est un levier Les heures supplémentaires ce
112 n'est pas forcément correct, mais c'est un levier c'est voilà, vous faites du travail, je vais vous
113 gratifier. Sur 3 -4 h d'heures sup et bah ils sont contents d'avoir des heures supplémentaires.

114 **MOI :**

115 Selon vous, est-ce que le sens au travail est différent pour les nouveaux diplômés et les
116 anciens diplômés ?

117 **CDS 1 :**

118 Évident, ha bein pour moi c'est évident !! c'est d'une évidence total et ***on revient à ce conflit
119 générationnel X et Y, alors là, oui, complètement, les générations d'avant 1979, ils
120 étaient vraiment dans le, ils y avait du sens dans le travail, ça ne s'expliquait même pas,
121 ça se faisait de manière tellement fluide, c'est tout était logique. Que les nouvelles
122 générations, il faut tout leur expliquer de A à Z. Tout, absolument tout et tout décortiquer
123 pour qu'ils comprennent et qu'ils aient du sens dans le travail.***

124 D'ailleurs ont sens bien que les choses ont changé depuis un certain temps

125 **Moi relance :**

126 C'est à dire depuis combien de temps par rapport aux changements ?

127 **CDS 1 :**

128 Oui, il y a une différence parce que la crise COVID a changé les horizons de travail et les
129 objectifs pour sa vie personnelle, au vu qu'il y avait vraiment des décès et c'était quand même
130 assez. C'était c'était dur La période COVID est très dure avec un cout on mets des masques
131 et un cout on ne mets pas de masques et qu'ils avaient des injonctions et ça humainement
132 c'est difficile à porter et ***la COVID a permis en fait de changer la donne sur la leur vision
133 du travail, c'est à dire qu'ils privilégient vraiment leur vie, leur vie personnelle. Et le
134 travail passe en 2ème plan.***

135 **Moi :**

136 D'accord, et donc pour revenir au sens du travail pensez-vous que ça forcément eu une autre
137 vision de leur travail par rapport à cette crise sanitaire ou pas ?

138 **CDS 1 :**

139 Je ne sais pas si c'est vraiment lien avec cette crise sanitaire, mais tout ce que je peux dire
140 c'est qu'au fil de l'eau. On rencontre des jeunes générations arrivent et elles ont d'autres
141 attentes par rapport à les anciennes générations. Les anciennes générations commencent à

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

partir en retraite donc forcément est-ce que c'est lié avec la crise COVID ? Je ne suis pas si sûre que ça. Je pense qu'en fait c'est juste qu'on ne voyait pas, on ne voyait pas les choses arriver. On ne les avait pas calculés. Que les nouvelles générations, elles avaient d'autres attentes, d'autres besoins, d'autres envies. Et que on était dans un moule et un maillage, je dirais de de pensée ou on a été formé par des anciens. On avait ce regard de porter les compétences, d'avoir de. D'acquérir des connaissances par ses pairs et eux en fait le sentiment que j'ai c'est que les nouveaux arrivants, ils ont-ils déjà ? Ils arrivent moins avec ce sentiment de passation de de de compétences. Pour certains, ils arrivent déjà en toute puissance à tout connaître, à tout savoir hein. Faut savoir que quand ils sortent de l'école pour certains sont déjà parfaits dans leur profession, ils n'ont pas besoin d'apprendre.

Moi relance :

Et comment vous accompagnez ce type de de soignant dans la réalité ?

CDS 1 :

C'est à dire que. C'est plutôt mettre en avant les compétences des anciens aussi. En fait le but ce n'est pas de ce n'est pas faut pas défavoriser les anciens et favoriser les nouveaux et pas défavoriser les anciens et défavoriser les nouveaux, c'est vraiment allier les 2 en même temps, c'est faire des groupes hétérogènes, par exemple de travail. Avec ancien et nouveau, et c'est en fait le but, c'est de trouver un poids commun, un point d'attache. Qui permettront de travailler. En l'occurrence, ***le seul point d'attache qu'ils ont rapport, c'est conflit générationnel. Ben c'est le patient. On les recentre, moi je les recentre sur le patient de manière à pouvoir avoir la même vision, le même objectif.***

Moi : MOTIVATION

D'accord ? OK, d'après votre expérience et selon vous, quelles sont les raisons qui poussent un professionnel plutôt à partir ?

CDS 1 :

La non-reconnaissances dans son travail, ça peut être là non-Reconnaissance du cadre, ça peut être la non-reconnaissance institutionnelle lié aux salaires lié aux heures, ça peut être des conflits d'équipes. Le fait qu'ils ne trouvent pas. Qui ne se sont pas, qui ne font, qui n'ont pas la sensation d'être partie prenante d'une équipe. De la sensation d'être à part et il y a aussi. Bah parfois pour des raisons personnelles tout simplement. Il part de l'établissement parce qu'ils veulent avoir une autre vie, plus vers la campagne plus et de quitter la ville justement, qui peut être étouffante dans le quotidien

Moi relance :

Pour rebondir par rapport à ce que vous dites, le fait qu'il y ait des conflits au sein de l'équipe, qu'est-ce que vous mettez comme action ? Vous mettez en place quand vous pensez repérer ce genre de conflit ?

CDS 1 :

Déjà, faut bien repérer le conflit d'équipes. Est-ce que ça concerne le patient ou où est-ce plutôt un conflit interpersonnel ? Déjà ça si c'est un conflit patient, là on réfléchit à un plan d'attaque avec le médecin. Je ne suis pas toute seule sur comment on peut apaiser la tension et pouvoir les remettre un peu dans le sens du travail auprès du patient. Si c'est un conflit plutôt. Je dirais de personnes de personnalité. Là, ce que je fais, c'est que d'abord j'essaie de comprendre avant d'agir, pas tout de suite, j'essaie de comprendre le conflit réel. Où est ce qu'il est ? C'est-à-dire que je m'entretiens avec l'un et l'autre. je les laisse parler et j'essaie de comprendre d'où vient le malaise. Et après je vois tous ensemble et je reste plutôt la personne tierce. Je privilégie plutôt qu'ils essaient de trouver un arrangement commun sur ce conflit. D'accord. Et après, En revanche s'il faut j'interviens et là je suis obligée de trancher et après on voit. Mais tout dépend du conflit aussi bien sûr.

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

190 **MOI :**

191 Quelle action mettez-vous en place pour accompagner les nouveaux arrivants dans leur
192 intégration ?

193 **CDS 1 :**

194 Dans l'équipe, alors il y a déjà le parcours de formation, moi ce que je mets en place. D'emblée,
195 c'est gestes d'urgence, les isolements, contention, oméga. En fait, je leur fais faire un petit
196 package déjà pour avoir des armes pour pouvoir travailler en psychiatrie. Ensuite dans
197 l'intégration sur à peu près une quinzaine de jours, je double le soignant Il est en plus dans
198 l'effectif de manière qu'il puisse regarder un peu ses collègues, comment ils travaillent déjà ça
199 c'est mon objectif avant l'arrivée du soignant. Quand il arrive je le vois et je lui pose des
200 objectifs, qu'il se sente déjà utile dans son travail. Ses objectifs que je vais mettre en place
201 son vu ensemble. sont vus ensemble qu' il va mettre en œuvre ; on se revoit 15 jours après
202 l'intégration pour voir justement où il en est sur les objectifs qui ont étaient vu ensembles et
203 comment est-ce qu'ils se sent dans l'équipe et comment on peut apporter les choses ensemble
204 ? Moi je ne travaille pas toute seule, je travaille toujours avec le soignant qui arrive, c'est-à-
205 dire que le soignant, lui, **il a des objectifs. Moi, J'ai des objectifs de services et en fait on**
206 **allie les 2 de manière que tout le monde soit content.** Cela permet d'avoir des points fixes
207 d'évolution et ensuite c'est de voir avec lui comment il se sent surtout. Donc faire des
208 entretiens. Je fais des entretiens réguliers, de manière formelle et informelle, ce qui a les 2,
209 ya le formel et informel parce que la formelle, parfois on n'ose pas dire les choses que
210 l'informel, à permet peut-être de savoir un peu plus si la personne se sent bien dans l'unité,
211 est-ce qu'elle se sent intégrée ? Est-ce qu'elle se sent soutenues ? Et c'est le point important,
212 c'est ce qu'elles se sent soutenues si elle ne se sent pas soutenue. C'est là où je revois ma
213 copie auprès des collègues, comment on peut accompagner le nouvel arrivant

214 **Moi Relance :**

215 D'accord, en parlant d'objectifs, vous disiez que vous donnez des objectifs en tant que cadre.
216 Quels sont ces ? Quels sont les objectifs ? Si vous pouvez me donner des exemples, ?

217 **CDS 1 :**

218 Le premier objectif, par exemple c'est de pouvoir avoir ses codes et de pouvoir se
219 connecter sur l'ordinateur sur le dossier. Du patient. Ça c'est un premier objectif de pouvoir se
220 faire connaissance avec le logiciel Le 2e objectif ça peut être. De bien connaître ses collègues
221 avec qui il va pouvoir travailler. On connaît jamais bien les gens, surtout quand on est au
222 travail. On a une autre facette. De de ce qu'on est en fait en réalité. Donc c'est aussi pouvoir
223 allier comment il peut travailler avec les personnes avec qui il sera. Ça peut être aussi de
224 l'observation sur un patient, c'est quelle est la prise en charge qu'il a pu faire de A à Z par
225 exemple. Mais d'abord, les objectifs primaires, c'est plutôt pratico-pratiques, c'est pouvoir
226 comprendre l'établissement, c'est comprendre. L'ordinateur, c'est la base en fait, pour qu'il
227 puisse travailler plus sereinement.

228 **MOI :**

229 Est-ce que vous, en tant que cadre, votre stratégie de motivation diffère selon les
230 professionnels, entre les anciens et les nouveaux finalement ?

231 **CDS 1 :**

232 Ah bah oui , **je ne peux pas motiver les gens de la même manière, déjà parce que on**
233 **tous différents. Les anciens ont un vécu. Et donc forcément la motivation. On ne**
234 **touchera pas les mêmes points de motivation que les jeunes arrivés ou les nouveaux**
235 **arrivants, les nouveaux arrivants.** Parfois quand ils arrivent, ils sont motivés pour avoir un
236 panel de formation pour pouvoir avoir un beau bagage de travail. Que les anciens, eux, leur
237 motivation, ça serait plutôt. Je dirais la, c'est cette reconnaissance au travail qui est hyper

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

238 importante pour les anciens et qui ne se sentent pas en fait en décalage entre les nouveaux
239 arrivants et les anciens. L'exemple concret, on revient à cette génération. J'avais une infirmière
240 justement, qui elle est de nuit. Elle est très ancienne dans l'établissement mais pas forcément
241 ancienne dans la profession infirmière donc elle a fait tout un parcours aide-soignante,
242 infirmière. elle travail de nuit. Il y a ce décalage justement entre la nuit et le jour. Donc c'est
243 comment moi je peux la motiver elle dans son travail, du fait qu'il y a déjà une scission de base
244 liée à leur temps de travail. Et ça c'est important parce que quand elle travaille avec des
245 nouveaux, les jeunes diplômés, A plusieurs reprises elle est venue me voir en me disant oui,
246 mais les jeunes ne font pas comme moi. Donc c'est là où moi, je rebondis sur peut-être qu'ils
247 ne font pas comme toi, ils font différemment, mais est-ce l'objectif à atteindre est le même ?
248 et elle me répond oui. Donc c'est là Ça à la motiver en disant OK, Bah peut-être que tu ne
249 fonctionnes pas de la même manière qu'eux mais tu atteins le même objectif. Cette **valoriser**
250 **ça dans ce sens en fait.**

251 **Moi : Reconnaissance**

252 D'accord ? Selon vous, la valorisation des compétences et les efforts de vos collaborateurs
253 apportent quels sentiments auprès de vos équipes ?

254 **CDS 1 :**

255 ha bein **ça apporte de La reconnaissance. Ça, cette valorisation, c'est pour eux à la**
256 **limite, c'est « le graal » C'est se sentir exister tout simplement dans le travail. Pour moi,**
257 **c'est le Graal, c'est qu'un soignant qui a le sentiment que on reconnaît le travail**
258 **accompli.** C'est pour moi, c'est quelque chose qui est déjà gagné pour le cadre, c'est que j'ai
259 déjà fait mon job. C'est que lui, il va. Il a. Comment je pourrais dire ? oui, il se sent existés en
260 tant que soignant, en tant que personne, en tant qu'humain et en tant que professionnel tout
261 simplement.

262 **MOI :**

263 D'accord. Dernière question, selon vous, le fait de faire savoir à vos soignants que leur travail
264 est apprécié est-il de nature à augmenter leur implication ? Si oui, pourquoi ?

265 **CDS 1 :**

266 ho la ça va être un grand silence. Tu peux répéter s'il te plaît ?

267 **MOI relance :**

268 Selon vous, le fait de faire savoir à vos soignants que leur travail est apprécié est-il de nature
269 à augmenter leur implication ?

270 **CDS 1 :** Oui alors oui

271 **Moi :** et pourquoi ?

272 **CDS 1 :**

273 Oui ça implique. On est sur cette loyauté en fait . Cette reconnaissance, quand on reconnaît
274 le travail fait et il se sentent reconnus. Et ils ont envie, en fait, de faire plaisir. Moi, c'est ce que
275 j'ai remarqué. Majoritairement ils ont envie de faire plaisir à leurs cadres. C'est complètement
276 bête. Pourtant, on n'est pas Dieu, mais ils ont envie de faire plaisir à la aux supérieurs
277 hiérarchiques et ils ont envie de faire plaisir à l'institution et ils ont envie de faire plaisir aux
278 patients. Donc, si. Je les reconnais dans leur travail, ils vont encore mieux faire le travail auprès
279 du patient. Et donc là, c'est gagnant-gagnant. Le patient comptant, moi je suis content, tout le
280 monde est content. Et eux, ils ont envie de faire plus. En fait, ils ont envie de faire plus pour
281 que nous on observe ce qu'ils ont fait. En fait, ils ont besoin cette reconnaissance au travail.

282 **Moi :**

283 D'accord, vous avez parlé quand je vous ai posé cette question, vous avez parlé de loyauté.
284 Dans quelle mesure cette loyauté ?

285 **CDS 1 :**

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

Alors cette loyauté a elle ce double tranchant je dirais, parce que t'as la loyauté corps et âme à faire ce que les autres ont envie de te dirent en fait et tu fais tu fais, tu fais. Ils n'ont pas cette loyauté-là eux ils ont cette loyauté que si le cadre reconnaît le travail. Et seront reconnaissants envers toi. Et donc indirectement, on imbrique cette loyauté, mais cette loyauté, elle est invisible, elle est subtile. J'ai eu l'exemple d'une infirmière qui me dit voilà, j'ai 1 h de route pour aller à corbeille et venir ici à mon travail, et elle me dit là je trouve plus de sens à mon travail et c'est là où j'ai pointé avec elle ce qu'elle veut faire. On a discuté sur l'hygiène. Finalement elle est devenue infirmière hygiéniste, je l'ai poussé, stimulé, accompagner pour être faisant fonction cadre hygiéniste au final C'est de l'accompagnement que j'ai pu faire auprès d'elle, le soutien, l'écoute. Et pour finir, elle me dit, si un jour tu t'en vas, je m'en vais. Je ne peux pas rester si tu n'es pas là, Pas parce qu'elle ne se sent pas existées par l'institution, mais parce qu'elle a besoin d'une personne qui la reconnaît tout simplement qu'elle se sent existée avec moi et donc c'est là où je relie le loyal. C'est qu'au final, Je peux partir n'importe où en fait, elle voudrait me suivre. D'accord, mais la loyauté a ses limites. C'est jusqu'où va-t-on dans la loyauté ? C'est-à-dire que moi ce que je veux, c'est qu'elle soit oui, effectivement loyal envers l'institution, mais pas forcément loyal envers moi. Mais faut pas qu'elle se perde elle. Elle n'est pas « corvéable » à l'institution ni au cadre de santé. Donc, d'où la limite de la loyauté,

Moi :

Est-ce que vous avez autre chose à rajouter par rapport à toutes ces questions que je viens de vous poser ?

CDS 1 :

Je vois bien que on arrive dans une époque où il risque d'y avoir ce conflit générationnel, il émerge de plus en plus je trouve, c'est qu'au final, On n'avait pas cette sensation là nous les anciens, parce qu'on a on avait vraiment ce respect. Enfin déjà par l'éducation. Il y a l'éducation qui est énorme, c'est que moi j'ai été élevée dans le respect du supérieur hiérarchique et si ton supérieur hiérarchique dit, c'est que ton supérieur hiérarchique a raison. Mais ce n'est pas ça, ce n'est pas ça du tout. Avec le recul, ce n'est pas vrai. Le supérieur hiérarchique n'a pas tout le temps raison. Et donc moi j'ai été élevée comme ça et donc moi je suis là. Le travail du cadre est important, c'est que oui, on ne fait plus pareil, on n'est plus les petits moutons qu'avant, comme avant où on faisait comme l'autre, ils apportent quelque chose de différent. En fait, il faut recentrer sur l'objectif à atteindre. Et finalement, on s'aperçoit que les 2 générations ont le même objectif, qui est le patient, Et donc c'est là l'enjeu du cadre a peut-être donné des objectifs différents de travail pour arriver à notre finalité, à notre but, qui est le patient. je voudrais également rajouté, En fait, ce qui s'est passé pendant la période Covid Les soignants ont commencé à râler parce qu'ils avaient besoin de. Parce qu'on en avait tellement bavé. Que on avait le sentiment de pas avoir été protégé par l'État ni reconnu par l'État, mais Or en réalité on a toujours voulu cette reconnaissance. Il y a toujours eu des grèves, ce n'est pas une nouveauté, c'est juste que la situation COVID a été le tremplin pour que ça change toutes les ça change tout dans la tête des personnes. C'est à dire que : Pour pouvoir allier ta vie privée il faut du fric, c'est nous. Nos salaires on n'a pas la reconnaissance salariale au travail que l'on produit surtout en psychiatrie où finalement on est tapé dessus parfois les c'est un travail qui est très dur. Je ne dis pas que le en somatique c'est pas compliqué. J'ai fait du somatique c'est tout aussi compliqué, c'est différent. La fatigue ? Là il y a une fatigue physique que là en psy, on n'est plus sur une fatigue morale mais l'état. En fait ce qui s'est passé c'est que on attendait. Les soignants attendaient énormément de protection de l'État. Quand on n'a pas eu du masque vis-à-vis de de ce qui s'était passé

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

333 dans les pays étrangers, on s'est retrouvé à porter le masque que si on est malade, à un
334 moment on râlait sur les soignants.

335 Ne portait pas de masque. Et pourquoi on râlait parce qu'on n'avait pas de matériel ? L'État
336 ne nous avait pas protégés dans notre travail. C'est en ça que ça a changé toute la donne,
337 c'est qu'au final on travaille pour l'État, on travaille pour les patients, on protège nos patients,
338 mais nous, qui nous protège ? C'est pour ça en fait que l'État a commencé. Ben c'est pour ça
339 que on a demandé la reconnaissance via le Ségur, mais c'est là où l'État se trompe. Ce n'était
340 pas un Ségur qu'il fallait nous imposer, ce n'était pas un Ségur qu'il fallait nous mettre. C'était
341 une revalorisation certes salariale, mais c'était toute cette façon de protection dans le travail.
342 Plusieurs soignants encore hier, avec le cas complexe qu'on a fait. Qu'est ce qui émerge de
343 de tout ça ? L'institution ne nous protège pas.

344 Et c'est pour ça qu'on demande qu'ils ont demandé une reconnaissance salariale. Parce qu'on
345 pense que finalement, et c'est là où on est tranquille, c'est qu'on s'attend à une reconnaissance
346 de l'autre par la reconnaissance salariale tout comme par la reconnaissance des heures
347 supplémentaires. En fait non, c'est autre chose. C'est toute cette protection cette c'est en gros
348 c'est un peu le maman et papa qui regardent, pas l'enfant. Maman va acheter des cadeaux à
349 l'enfant ? Ben c'est bien quand papa il ne fait pas mais ce n'est pas pour autant qu'il reconnaît
350 pas son fils. Tout est différent. Ils ont besoin en fait de se sentir exister, protéger et cette
351 protection là on l'a perdue et en fait on a perdu, on a pu et les ce qui s'est passé suite COVID
352 c'est que les soignants n'ont plus eu confiance en l'état donc ils n'ont plus eu confiance en
353 l'institution et donc là on descend crescendo.

354
355 Ne plus avoir confiance à son n +1, à ses supérieurs hiérarchiques, donc. Et on avait aussi
356 quand même là où ce qui émergeait durant la crise sanitaire, c'est ce travail de collaboration
357 entre le cadre et le médecin. On avait oublié ce travail essentiel et vital de ce travail de
358 collaboration. Donc ils ont réfléchi à toute une, à une organisation. Euh comment ça s'appelle
359 un schéma, C'est un schéma de management qui soit toujours en lien avec le médecin et le
360 cadre, parce qu'au final le médecin ne reconnaît. Pour certains, le médecin était à part des
361 équipes soignantes. Donc c'est et tout a changé. En fait, toute la politique sanitaire a changé
362 depuis la COVID parce qu'il y a on avait d'autres enjeux. C'est que pendant la crise sanitaire,
363 Ben comme les gens n'étaient pas reconnus dans leur travail et Il ne se sentait pas exister.

364 **Moi :**

365 Existant en tant que professionnel de santé ?

366 **CDS 1 :**

367 Bah pour la plupart, certains sont carrément partis faire autre chose, aller couper des fleurs,
368 faire des jardins, de la cuisine parce qu'ils se sentaient utile à faire à quelque chose. On a eu
369 plein de problèmes, que de la fuite de soignants. Euh. Nous, dans notre établissement, on n'a
370 pas eu ça. On a plutôt eu des départs anticipés de retraite. Ça, oui, que on peut dire que ça
371 les a rejoints finalement. Parce que pourquoi anticiper un départ à la retraite.

372
373 Bah il y a plein de points en fait. Il y a aussi cette fatigue du travail, la peur de vieillir. On est
374 on peut développer sur plein de points hein. Et en fait c'est que en vieillissant les soignants ne
375 veulent plus être bah le petit mouton qu'ils étaient avant tout simplement.

376 **Moi :**

377 Alors vous avez parlé de sécurité tout à l'heure et vous avez dit « petit mouton » c'est à dire ?

378 **CDS 1 :**

379 On était corvéable à l'hôpital. On travaillait quand même, on ne comptait pas nos heures, notre
380 vie de famille était majoritairement en 2nd plan. On te téléphonait, Allô ? il y a un absent.

Retranscription de l'entretien 1 : CDS 1 hôpital psychiatrique unité intersectorielle de réinsertion

381 J'arrive tout de suite. Il n'y avait même pas discuté à dire que là, si on téléphone à un soignant
382 pour venir faire des heures supplémentaires, et Ben même ça, les soignants ne viendront
383 même plus, ils ont plus envie en fait. De mettre en priorité le travail. Eux ce qu'ils veulent c'est
384 leur vie privée, c'est leur priorité, leur bien être parce qu'ils, et je pense que c'est peut-être
385 pour ça aussi que les générations qui arrivent parce que c'est nos enfants en fait, ils ont vu
386 que nous on était corvéables à l'hôpital et corvéable à l'institution et au travail. Et eux ils ne
387 veulent pas vivre ça parce qu'à mon avis il y a dû avoir, ils ont dû avoir le. Une forme de
388 sentiment d'abandon parental. Et eux, ils ne veulent pas reproduire ça à leurs enfants. Donc,
389 c'est pour ça que la vision elle a changé.

390 **MOI :**

391 Bon Ben merci d'avoir ajouté tout ça, merci beaucoup.

- 1 **CDS 2 :**
2 Oui, je suis d'accord
3 **Moi :**
4 Donc depuis combien d'années exercez-vous en tant que cadre de santé ?
5 **CDS 2 :**
6 Ça fait maintenant, ça fait très exactement maintenant 15 ans cadre de santé.
7 **Moi :**
8 Vous avez un effectif de combien de soignants ?
9 **CDS 2 :**
10 Dans mon unité, j'ai donc 14 infirmiers, 5 Aide-soignant, 3ASH, un éducateur
11 spécialisé. Voilà pour le personnel non médical.
12 **Moi :**
13 Et Parmi ces soignants, est ce que vous avez plus de jeunes professionnels ou de de
14 des professionnels un peu plus âgés ?
15 **CDS 2 :**
16 Alors là c'est l'effectif théorique. Après l'effectif complet. Là on a eu beaucoup de
17 départs en retraite, donc l'équipe c'est renouvelé avec des nouveaux infirmiers. Qui
18 ont à peu près en moyenne, je dirais, 7 ans de diplôme.
19 **Moi : FIDELISATION**
20 D'accord, qu'est-ce qui selon vous, incite les soignants à rester dans votre service ?
21 **CDS 2 :**
22 Je ne sais pas, je n'ai pas compris la question ?
23 **Moi :**
24 Qu'est-ce qui, selon vous, incite les soignants que vous avez à resté dans votre
25 service ?
26 **CDS 2 :**
27 Qu'est-ce qui les incite à rester alors ? Moi je pense qu'il y a plusieurs facteurs. Il y a
28 le facteur, euh. Déjà en amont de l'attractivité, parce que déjà quand ils sont arrivés,
29 ils ont été accueillis dans l'hôpital et l'accueil. Le fait qu'il soit doublé, le fait qu'il soit
30 bien intégré dans l'équipe, **le processus on va dire du enboarding ou d'intégration**
31 et fondamentale parce que du coup bah de là découle après la bonne intégration, bah.
32 L'envie de participer au projet de service et puis après d'être embarqué dans le projet
33 de soins pour tous les patients.
34 **Moi :**
35 D'accord, vous me disiez tout à l'heure qu'il y a eu des départs d'anciens en retraite.
36 Est-ce qu'il y en a eu des départs pour d'autres établissements ?
37 **CDS 2 :**
38 Non, on a eu. 2 départs infirmiers, euh. Qui a démissionné, mais pour aller faire du
39 libéral,
40 **Moi :**
41 D'accord ? Et qu'est-ce que vous mettez en place pour garder vos soignants ?
42 **CDS 2 :**
43 Ben moi je pense que c'est avant tout la culture d'établissement, c'est-à-dire
44 maintenant on est un petit peu dans des générations qui marquent avec la fabrique
45 c'est la marque de fabrique hein, c'est à dire je viens travailler. Bah à hôpital donc c'est
46 déjà bah l'identité forte de l'établissement avec le projet de soins. Bah le sérieux la
47 qualité des soins. J'ai mis en avant parce que on est très haute qualité des soins et la
48 marque de fabrique de l'hôpital est aussi tout ce qui peut être aussi l'identité, c'est à
49 dire pour la jeune génération, c'est à dire à la salle de sport les tickets restos qu'on a
50 mis depuis pour l'extra hospitalier et aussi tout ce qui peut être aussi le management

Agile, c'est-à-dire que faire correspondre. leur planning avec ce qu'ils ont envie de faire dans leur vie ça c'est important qu'il y ait une correspondance pour qu'ils pour s'y retrouvent hein donc à allier la vie professionnelle et la vie au travail ça c'est important de respecter dans les plannings

Moi :

pour reprendre, si ça ne vous dérange pas, vous avez parlé de termes d'attractivité, n'était ce que l'attractivité qui concerne pas plutôt l'hôpital en général ? et le cadre de santé à t'il une autre manière d'attirer ou de non ?

CDS 2 :

Non, c'est à dire que les organisations choisies, elles ont changé. Maintenant **le cadre de santé dans sa fonction managériale a le recul pour l'attractivité, pour participer aux entretiens de recrutement, pour les évaluations. Quand c'est les évaluations des professionnels, c'est tout un processus de fidélisation**, c'est un bon moment ça aussi hein, L'entretien professionnel, Donc il est partie prenante. Donc en tant que cadre, moi je participe aux entretiens. Euh, de recrutement, on fait des salons infirmiers où on est parti prenante parce que on sait très bien que c'est une rencontre entre le soignant et le cadre de santé du service.

Moi :

Pour reprendre vos propos, vous venez de citer **le processus de fidelisation**. Donc le processus de fidélisation, est-ce que vous pensez qu'il est identique entre les jeunes diplômés et les plus anciens ?

CDS 2 :

Et non. Moi je pense que là il y a une différence générationnelle parce qu'en fait les jeunes, Ben comme je disais je pense qui est important là moi j'identifie dans les jeunes recrutements, c'est qu'ils sont attachés à la marque, c'est à dire Bah. L'hôpital où il travaille, ils veulent qu'il y ait des projets, donc la conduite de projet pour eux c'est important. Tout ce qui peut être aussi la qualité de vie au travail, c'est très important pour eux et ils sont attachés comme ça. Ils sont rattachés au service. Pour les plus anciens, ce qui est le plus important, c'est la valeur travail, l'institution, avoir des références. Le formalisme aussi. Là on se rend compte qu'il y a beaucoup plus de protocoles de procédure chez les anciens que les nouveaux. Oui y a les protocoles des procédures mais vous voyez bien que ça ne répond pas à tout. Ils veulent une certaine **souplesse dans le management par la qualité et le management Agile**, c'est à dire de la qualité de votre travail.

Moi : sens au travail

D'accord, d'après votre expérience, qu'est-ce qui semble donner de la satisfaction et de la cohérence aux soignants dans leur mission quotidienne ?

CDS 2 :

La cohérence, c'est la base. La base, c'est le projet de soins du patient, le projet de soin à partir du moment où il est travaillé et qui a un sens qui est donné au travail qu'on fait bien souvent, Il est suivi, ce qui fait que, en ce moment, enfin, ce qui a fait qu'à un moment donné il y avait moins, c'était. Tout ce qui peut être la discontinuité, le manque de médecins, le manque de cohérence de projet, des services qui sont un petit peu bancal, on voit bien que là, moi depuis que j'ai pris le service de psychiatrie générale en implantant un projet de soins, en travaillant avec les études sur le sens qu'on donne au travail, et Ben finalement. On s'aperçoit que. Il y a une mobilisation.

Moi :

Et selon vous, qu'est ce qui motive les soignants à s'impliquer au-delà de leur mission quotidienne ?

CDS 2 :

A bein là je trouve qu'il y'a une marque de fabrique, c'est-à-dire que quand on est dans un service, on travaille avec l'humain, avec le cadre avec lequel on a et là par exemple, moi. J'ai une petite satisfaction personnelle parfois quand on me dit Bah tiens bon Ben demain il manque quelqu'un, je reviens mais c'est pour toi. Alors ce n'est pas pour moi en tant que personne, Christophe Je reviens pour le cadre parce que le cadre et Ben il est impliqué parce que quand j'ai besoin de lui il est là. C'est aussi pouvoir trouver la cohérence entre aujourd'hui je veux voir le cadre et demain j'ai un coût dur et je veux voir la personne. C'est à dire l'individu C'est-à-dire et bien là que je puisse le trouver. Donc c'est l'agilité du cadre à pouvoir répondre aux sollicitations des personnels qui fait que c'est une richesse ou un supplément d'âme qui vont faire, qui vont bien vouloir se motiver pour pouvoir travailler et assurer la continuité des soins.

Moi :

Tout à l'heure on a parlé de génération. Selon vous, est-ce que le sens au travail est différent pour les nouveaux diplômés et les anciens diplômés ?

CDS 2 :

Oui. Moi je pense que le sens, il est convergent par le projet de soins, mais il est différent dans son approche. Dans son approche. **Parce que les jeunes qui arrivent aujourd'hui, Ben déjà, si on parle en termes d'infirmiers par exemple, il aura le raisonnement clinique, une autre approche des soins infirmiers qu'un ancien par exemple dans sa démarche de soins, où ça va être priorisé, les problèmes, essayer** de voir ce qu'on peut faire. Là, ils ont du raisonnement clinique, **ils ont besoin de la clinique, ils ont presque besoin. Avoir des synthèses cliniques et des temps d'échange pour pouvoir donner du sens à leur travail, alors que les anciens c'était eux qu'ils provoquaient par leur démarche de soins.** Donc il y a un petit peu un réajustement-là qui est en train de se faire au niveau des générations mais qui est complémentaire parce que ça peut conduire aussi à des conflits générationnels. Mais si on le drive bien, moi je pense que le cadre-là c'est un vrai levier. La Communication entre les générations pour pouvoir permettre que le projet de soins Ben il soit compréhensible par les nouveaux infirmiers qui arrivent avec un nouveau regard de raisonnement clinique et les anciens infirmiers qui arrivent à une démarche de soins. Bah limite Virginia Anderson pour comprendre les besoins. Donc du coup ce choc des générations. Il faut que le cadre puisse identifier les ressources et faire le pont entre les 2. À titre d'exemple, là par exemple on est sur le projet de soins personnalisés et Ben on voit bien que pour les jeunes générations, bah ça leur parle tout de suite parce qu'ils ont de raisonnement tri focal et ils voient bien que les actions à mener en direct pour les anciens, ça s'inscrit dans la démarche de soins. C'est un recueil de données du patient et des actions à mettre en œuvre par rapport à des problèmes. Bah soit prioritaire ou soit des risques potentiels Donc du coup c'est raccrocher les générations à un projet de soins communs. Le rôle du cadre-là il est « teachy » et c'est d'arriver à faire une cohésion d'équipe pour les projets. Et puis après aussi c'est laissé la liberté aux jeunes de pouvoir innover.

CDS 2 :

Je prends pour exemple : la crise covid, c'était quand même violent pour l'hôpital C'est une crise majeure. Puisqu'il y a eu un vrai stop en disant bah comment on fait ? qu'est-ce qu'on fait ? Et là on a vu émerger de l'opérationnalité, c'est-à-dire des soignants, des idées, des conduites de projets, une certaine agilité pour se réorganiser, pour faire des gauges par exemple pour les activités. De là , il ya eu des projets qui venaient plus d' ARS vers chez nous avec des appels à projets pour nous dire comment faire, mais là, plutôt du terrain qui nous disait à nous cadres, comment on peut se réorganiser. Donc ça a été magique parce que du coup, là les jeunes, ils ont été force

de proposition. Si bien que maintenant on voit bien par les lignes directrices de gestion qui a un vrai travail pour pouvoir faire émerger les projets des professionnels. Et ça rend agile l'hôpital notamment. Pour créer des projets pour répondre aux filières de soins, **Ce qui est important pour eux aussi, c'est que le cadre les écoute, les comprenne, qu'il soit présent**. Je vois en psychiatrie. Bah c'est les jeunes qui ne sont pas bien parce que la crise COVID. Et ça aussi c'est beaucoup de jeunes qui ont décroché à l'école, qui ne vont pas bien et qui maintenant deviennent adultes et qui donc sont à prendre en charge. Donc la crise COVID, elle a aidé à réorganiser l'hôpital, je dirais par la base, c'est-à-dire avec une vraie démocratie sanitaire. J'ai l'impression que maintenant moi en tant que cadre aujourd'hui d'une unité de soins, **je ne peux pas être le cadre d'avant la crise COVID c'est à dire je dois tenir compte des organisations, la qualité de vie au travail** maintenant les gens qui ont vécu chez eux qui étaient compliqués et confinés, bah ils veulent vivre, ils veulent profiter de leur week-end, ils veulent profiter de leur enfant. Enfin la qualité de vie au travail on ne peut pas passer à côté. La fidélisation elle vient par la souplesse et qui veuille faire par exemple certaines activités. Pour que tu puisses te réaliser au travail. Donc ça c'est important. Donc je pense que même le cadre a changé et les équipes ont changé, le cadre aussi a changé son regard au moins.

Moi : MOTIVATION

D'après votre expérience et selon vous, quelles sont les raisons qui poussent un professionnel à partir ?

CDS 2 :

Alors pour moi. Je dirais ce sont les conditions de travail qui sont fortement liées au cadre parce que je pense que le cadre de santé, il habite une fonction. Qui n'est pas facile parce que le cadre c'est un peu comme « une pieuvre » avec plusieurs tentacules. Et qui essaye, Ben dans l'organisation RH, coordination des soins, montée en compétence, enfin tout ce qui peut être du domaine de compétence du cadre a promouvoir les conditions de travail dans son unité et souvent si un employé part. C'est souvent lié au management du Cadre, pas à la personne cadre de santé, mais c'est comment il endosse son travail. C'est à dire que quand on vient et qu'on a la boule au ventre parce qu'on est trop dans le directif ou qu'on est trop dans le délégatif, , sans, par exemple feedback ou sans communication. A un moment donné un cadre, il faut qu'il raccorde tout ça, il faut qu'il puisse englober et il faut qu'il puisse absorber un petit peu. Bah tout ce qui est le contrôle parce que le contrôle si un cadre s'inscrit que dans du contrôle ou dans des missions procédurales qui ne visent un petit peu à réduire l'autonomie des soignants. Bah c'est compliqué. C'est très compliqué mais il faut pouvoir donc c'est compliqué parce que quand on est cadre, on habite quand même un rôle qui est censé être dans le contrôle. Mais il faut savoir je pense, c'est là qu'il faut être à tâton. Il faut être vraiment vigilant donc le contrôle peut faire partir si trop de contrôle, **trop de missions de contrôle d'un cadre de santé. Peut faire partir** et le non-accompagnement des gens qui ont des compétences en dessous les gens qui manquent un petit peu de compétences dans leur métier, **il faut les porter pour les porter. C'est difficile parce que bah c'est facile de dire il ou elle est nulle ou tout ça. Mais le fait de le porter c'est de compenser, voire des formations. Essayer de de de porter les gens, c'est dur. Pour le cadre, parce que ça demande beaucoup d'énergie.** Mais par contre, ça peut faire rester la personne parce que on a beaucoup de gens. Moi j'ai beaucoup de professionnels qui sont restés parce qu'ils se sont sentis portés. Et donc il se dit Ah ouais on m'a porté mais maintenant je ne vais pas. Enfin voilà, je ne vais pas partir parce que je suis bien, je suis bien là où je suis d'accord.

201 **MOI :**

202 Mais qu'est-ce que vous appelez porter les compétences ?

203 **CDS 2 :**

204 C'est-à-dire que parfois des jeunes qui sortent des IFSI et Ben ils n'ont pas toutes les
205 compétences, même s'ils sont voilà ils sont diplômés. Eh Ben ils auront quelques
206 manques, par exemple sur certaines compétences. A charge au cadre de voir, de les
207 identifier et au lieu de les pointer, de voir comment il peut accompagner la montée en
208 compétence des gens qui veulent par exemple changer de statut cadre. Bah se dire
209 Ben ce n'est pas quelqu'un qui va partir. Mais au contraire, c'est un potentiel que j'ai
210 dans l'équipe. Identifier les leadership. Donc tout ça, ça peut faire émerger la
211 fidélisation en étant porté et la loyauté aussi parce que quelque part on se dit mais.
212 Qui me porte. Et Ben c'est une institution qui est bien, qui se porte bien.

213 **Moi :**

214 Comment vous accompagnez les nouveaux arrivants dans leur l'intégration auprès
215 des équipes ?

216 **CDS 2 :**

217 Alors ça a beaucoup évolué sur l'hôpital. Au départ, il y avait un système de tutorat,
218 c'est-à-dire qu'on tutoré. Il y avait un accompagnement par la formation. Là on a fait
219 un parcours d'intégration donc les personnes qui arrivent font un parcours qui est un
220 peu égal au parcours patient, c'est-à-dire l'admission, la psychiatrie général, ensuite
221 les intersecteurs soit de la réinsertion, soit Minkowski par exemple pour les personnes
222 anxieuses, dépressives et là ça peut être la vision du parcours.

223 Des objectifs ciblés par rapport à l'unité, qui sont identifiés, qui sont posés à l'arrivée
224 et la montée en compétences par des formations. Tout ce qui est des experts en fait,
225 tout ce qui est logiciel de patient, tout ce qui est formation oméga par exemple pour la
226 prise en charge de la violence, tout ce qui peut être formation autour de la
227 communication, des entretiens infirmiers. Donc c'est important d'être accompagné
228 dans ce qu'on appelle maintenant aujourd'hui le enboarding, c'est à dire le
229 professionnel arrive, Il est identifié pour tel poste, il fait un parcours, il a des objectifs,
230 il monte en compétence et c'est sûr, on va dire un an complet et avec la première
231 évaluation qui pose le jalon de dire Ben pour le professionnel depuis un an et comment
232 il se sent dans le service et ce qu'il se sent bien, ce qu'il voilà, les compétences qu'il a
233 à travailler. Et donc souvent ça marche souvent. Enfin. Pour les nouveaux arrivants en
234 général, on a peu de départ.

235 **Moi :**

236 Après d'accord donc je comprends que c'est au travers ça que vous les motivez à
237 rester ?

238 **CDS 2 :**

239 Oui, entre autres, parce qu'il y a aussi la dynamique d'équipe et le cadre et ce n'est
240 pas que le cadre qui fait le parcours au-delà. Après c'est l'équipe de porter. Je pense
241 que les gens qui eux-mêmes ont vécu ça, ils ont envie d'être doublés, ils ont envie de
242 porter, ils ont envie d'avoir du personnel, ils ont envie d'avoir des collègues et ça c'est
243 important. Surtout, il y a un truc qu'on n'a pas abordé qui peut être un ennemi à la.
244 Fidélisation, c'est par exemple maintenant l'avènement des heures supplémentaires
245 où ça peut être la course à la marchandisation du soin. Et là avoir des équipes qui ne
246 veulent pas se renflouer par pour un équilibre budgétaire, c'est à dire c'est une
247 menace, quelqu'un qui arrive. Ah Ben tiens, j'aurais moins d'heures sup. Donc c'est ça
248 aussi le rôle du cadre, c'est de naviguer avec ce paramètre là c'est à dire oui il y a
249 l'argent, mais attendez là. Vous allez vous fatiguer un moment donné. Il faut voir la
250 continuité et la sécurité des soins à long terme. Et ça, ce n'est pas facile pour nous

cadres parce que y a des enjeux, des vacataires, les enjeux des heures SUP et aussi un enjeu de fidélisation qu'on n'a pas parlé, c'est ça, c'est les heures SUP. Garder quand même une petite enveloppe supplémentaire pour l'équipe, un cadre qui ne donne plus d'heures supplémentaires. L'équipe à un moment donné, ne comprendra pas. Dans son efficience, dans son contrat de pôle. Il faut qu'il puisse, qu'on peut montrer que voilà, on a ces 3 marges de manœuvre que sont un les vacataire, les heures SUP et l'intérim. L'intérim, ça coûte très très cher. Les vacataires, c'est bien, ça permet de souffler pour l'équipe. Mais les heures supplémentaires pour les professionnels, c'est un levier managérial, c'est-à-dire qu'aujourd'hui on peut plus faire sans. Et un cadre qui voudrait être que dans l'efficience c'est pareil que dans le contrôle, et bien là les équipes se plaignent tout de suite après ils disent tiens je vais partir.

Moi :

Vous avez beaucoup de vacataires dans votre établissement ?

CDS 2 :

Oui, en fait là aussi, on essaye d'en avoir suffisamment pour combler nos manques et à la fois on en a pas trop, mais on souhaite comme même pour ceux que l'on souhaite ça c'est pour la qualité aussi du travail des vacataires qu'ils puissent avoir un mois comme il faut. Donc du coup à un moment donné en réunion cadre, souvent c'est discuté. Mais si on voit que par exemple des vacataires en moins du coup on met le stop sur l'approvisionnement des vacataires.

Moi :

Donc qui dit vacataire implicitement parle de manque d'effectifs soignants.

CDS 2 :

Oui.

Moi :

Donc ça c'est la réalité,

CDS 2 :

Oui c'est la réalité

Moi :

C'est la réalité que vous viviez sur l'hôpital.

CDS 2 :

Oui, tout à fait

Moi : RECONNAISSANCE

D'accord, merci. Encore 2 autres questions. Alors selon vous, la valorisation des compétences et l'effort de vos collaborateurs apporte quel sentiment auprès de vos équipes ?

CDS 2 :

Je trouve que c'est toujours important la valorisation des compétences parce que c'est des « *strokes positifs* » moi j'ai fait un peu de PNL « *programmation neurolinguistiques* » et c'est important. Les strokes positifs sur les compétences acquises et le leadership qu'il peut y avoir sur tel ou tel domaine dans l'unité, ça peut aller de l'hygiène, ça peut être de la qualité, ça peut être des compétences en communication. Ça peut être des compétences qui viennent d'un autre domaine parce que le soignant a eu un autre parcours dans sa vie et c'est une valeur ajoutée. Il faut savoir prendre en compte pour pouvoir faire émerger Ben justement les compétences et fidéliser les personnels hein. Je pense que ça c'est important.

Moi :

Enfin, selon vous, le fait de faire savoir à vos soignants que leur travail est apprécié est-il de nature à augmenter leur implication ?

CDS 2 :

Ouais, moi je trouve et ça rejoint le « **stroke positif** ». Ça rejoint aussi le « win-win, » c'est-à-dire le gagnant-gagnant. C'est à dire quand on dit à quelqu'un tu fais bien quelque chose, bah **c'est important de le reconnaître pour un cadre, surtout parce que c'est la communication du cadre.** C'est vraiment quelque chose de très important parce que quand bien même les générations maintenant on dit sont moins dans l'institution. Mais le regard du cadre sur l'exercice de la profession. Il est très important d'arriver le matin et de voir qu'un geste a été bien fait ou de voir qu'un entretien a été bien mené. De la valorisation de tous les actes infirmiers ou soignants ou usages et d'ailleurs à tous les niveaux. Ce qui est important aussi je pense, c'est l'horizontalité dans l'équipe, parce que bon, **on sort d'un schéma très très vertical, à un schéma maintenant plus horizontal et qui gagne à valoriser chacun et à apporter un petit peu une valorisation au niveau des compétences de tout un chacun.**

MOI :

Vous avez parlé d'un programme PNL, la programmation neurolinguistique, il consiste en quoi ?

CDS 2 :

Alors c'est un modèle de communication qui permet d'avoir des feedbacks, c'est-à-dire qu'en fonction de notre art à communiquer on va dire . Bon on peut tout à fait soit parler bah sous différents modes, par exemple le parent, le mode enfant. C'est-à-dire se placer plus haut, se placer plus bas, se placer d'égal à égal. C'est important pour un soignant, je pense, d'arriver quand on est cadre et de dire Ah bah ça va, vous allez bien ? Ah oui, le tutoiement, le vouvoiement aussi, ça aussi ça peut être un enjeu je pense aussi pour le cadre de santé, **le fait de se rapprocher de son équipe, de tutoyer, ce n'est pas forcément maintenant redescendre à l'échelle ou ne pas habiter son positionnement, ça fait aussi une sorte de d'agilité. Un nouveau souffle aussi dans l'art managérial aussi, c'est un nouveau souffle** donc. Toute la programmation neurolinguistique, c'est aussi basé sur les « stocks positifs » et les « stocks négatifs », l'impact que je peux avoir moi cadre de santé sur mes professionnels en ayant des stocks positifs. Mais ça c'est important. Mais en sortant de formation mais je me suis dit tiens, quand j'arrivais dans l'unité, Ben je disais Ah Ben tiens là j'ai vu Monsieur T Bah tiens il était très content, il avait sa prise de sang, il n'a pas eu mal ce matin. C'est peut-être un détail mais c'est un stroke positif pour le faire. Ha je pique bien le cadre m'indique qu'il est bien fait Et c'est un peu c'est issu un petit peu de la communication. Je crois que dans les négociations, dans tout ce qui est le commerce, c'est important d'avoir des attitudes aussi de rdes récompenses de ce qu'on fait parce que le regard de l'autre est toujours important. Et le **regard du cadre, quoi qu'on en dise, dans la hiérarchie, c'est toujours important.**

Moi :

Donc si je résume bien, c'est une forme de reconnaissance.

CDS 2 :

C'est tout à fait ça. C'est une reconnaissance positive du travail par la Verbalisation. Et souvent ce qu'on peut voir à l'hôpital, c'est qu'on est avare de compliments quand on voit quelqu'un et l'avarice des compliments et même j'irais plus loin, même pour les étudiants en soins infirmiers, les valoriser, leur dire que les stages c'est dur. Pour autant qu'ils y arrivent bien voir dans la montée en compétence tout ce qui peut être accompagné c'est bien mais ça c'est une tendance. C'est une tendance à faire et après je pense que ça dépend aussi des personnes, mais c'est la reconnaissance positive. C'est très important parce que y a un processus d'identification.il ya aussi un

351 processus d'accompagnement parce que le cadre aussi a un rôle d'accompagnement.
352 Ce n'est pas juste un rôle d'encadrement.

353 **Est-ce que vous avez autre chose à rajouter par rapport à toutes ces questions que je**
354 **viens de vous poser ?**

355 Ben écoutez, je vous remercie infiniment pour la richesse de notre échange, Est-ce
356 que vous avez autre chose à rajouter ?

357 **CDS 2 :**

358 Non, rien. Mais je trouve votre sujet bien passionnant et à l'heure d'aujourd'hui, je
359 pense qu'il est bien en phase avec les réalités du terrain, des missions du cadre de
360 santé. Et je dirais même que le cadre là-dedans à beaucoup de choses à apprendre
361 parce que c'est gagner du terrain sur les recrutements, gagner du terrain sur la
362 fidélisation. Pour et sur l'attractivité aussi. Je pense que ça peut plus être que la
363 gouvernance qui s'occupe de l'attractivité. Ça, doit être aussi nous c'est à dire les
364 cadres et c'est un enjeu majeur. Et grâce à votre travail je pense, et d'autres travaux
365 aussi qui sont menés. Je pense que ça peut être important que ça soit porté, donc
366 c'est bien. Bravo.

367 **Moi :**

368 Dernière chose, par rapport à ce que vous venez de dire, ça ne serait pas plutôt de la
369 pérennisation que de l'attractivité ?

370 **CDS 2 :**

371 Euh Ben pour moi s'est lié, c'est lié parce que pour moi la fidélisation, elle travaille la
372 fidélisation passe d'abord par l'attractivité, elle s'accompagne ensuite par des projets
373 et elle continue après par la pérennisation des contrats ou des emplois par
374 l'accompagnement. Et pour moi c'est un processus, c'est-à-dire faut voir, il ne faut pas
375 voir ça, on ne peut pas décortiquer fidélisation, pérennisation et en amont attractivité.
376 Pour moi c'est un package, quelqu'un qui a été mal accueilli, on pourra faire ce que
377 vous pouvez faire, ce que vous voulez il ne restera pas. Donc pour moi c'est important,
378 c'est un processus, c'est un processus Qui va en fait commencer depuis l'arrivée et
379 qui va se continuer on va faire une route en fait comme un chemin.

380 **Moi :** super ben écoutez je vous remercie infiniment

381 **CDS 2 :** avec plaisir

1 **CDS3:**

2 Oui, tout à fait. je suis d'accord, donc je me présente à mon tour aussi, je m'appelle CDS 3 je
3 suis, cadre de santé depuis 5 ans. J'ai fait que de la psychiatrie, adulte en intra hospitalier.

4 **Moi :**

5 Merci, Je voudrais savoir en termes d'effectif, de combien de soignants avez-
6 vous actuellement dans votre service ?

7 **CDS3:**

8 Euh donc là actuellement j'ai 9 infirmiers, 5 aides-soignants, 5 ASH¹ mais on a une nouvelle
9 organisation donc y a une réorganisation des maquettes organisationnelles et du coup on est
10 passé en 12h00 et on sera à 11 infirmiers à partir du premier mai et 6 aides-soignants 5 ASH
11 donc du coup J'ai 2 postes vacants à partir du mois de mai, on va recruter 2 infirmiers et un
12 aide-soignant.

13 **Moi :**

14 D'accord, OK merci et dans vos effectifs, avez-vous des professionnels jeunes ou plus âgés ?

15 **CD3:**

16 Et au niveau infirmier, la grande majorité ce sont des jeunes, c'est donc on va dire quasiment
17 toute l'équipe c'est des jeunes. Un seul infirmier qui a plus de 15 ans, 16 ans de d'ancienneté,
18 le reste ce sont des jeunes diplômés de moins de 10 ans.

19 **Moi : FIDELISATION**

20 D'accord, et selon vous qu'est ce incite les soignants à rester dans votre service ?

21 **CDS3:**

22 Très bonne question. Et bah moi je me dis Premièrement, parce qu'ils se sentent bien dans le
23 service, ils se sentent en phase avec le projet médical, le projet médical médico soignant et
24 euh. Parce qu'ils se sentent aussi un on pourrait dire e inclus que leur parole à de la valeur où
25 ils sont écoutés, et quand on prend en considération leur point de vue.

26 **Moi :**

27 D'accord, et selon vous et votre expérience, qui reste dans votre service le plus les jeunes ou
28 les moins jeunes et pourquoi ?

29 **CDS3**

30 Euh, Pour moi c'est plus les moins jeunes qui restent de mon expérience. De mon expérience
31 actuelle, là ça fait maintenant. C'est la 2e année-là que je suis dans ce service-là. Oui. Mais
32 avant ça, j'ai fait 3 ans dans un autre hôpital.

33 **Moi :**

34 D'accord,

¹ ASH :Agent de service hospitalier

35 **CDS3:**

36 Et du coup, en en comparant là depuis que je suis arrivé, , j'ai recruté 2 infirmiers et l'équipe
37 est stable, mais dans mon ancienne expérience, j'ai vu que c'était les jeunes qui avaient plus
38 tendance à bouger plus facilement que les anciens.

39 **Moi :**

40 D'accord.

41 **CDS3:**

42 Les anciens on va dire une fois qu'ils ont leurs repères leurs marques, du coup ils restent.

43 **Moi :**

44 Que mettez-vous en place pour les garder ?

45 **CDS3:**

46 Euh donc qu'est-ce qu'on met en place pour les garder ? Bah là il y a une stratégie, donc un
47 groupe de travail qui a été mis en place pour la fidélisation, pour travailler sur la fidélisation du
48 personnel. Mais moi comme je t'avais dit là tout à l'heure, c'était donc plus donner du sens au
49 travail des soignants, les incités. on va dire. Que leur point de vue de les impliquer dans les
50 prises en charge, dans les projets des patients, dans le projet institutionnel en fait, qui se.

51 **CDS3:**

52 sentent compris et acteurs dans le soin, pas qu'ils subissent les projets et les et les directives.

53 **Moi :**

54 D'accord, donc ça c'est du point de vue de votre service

55 **CDS3:**

56 Exactement.

57 Parce que oui. Le groupe de travail pour la fidélisation, c'est institutionnel. Oui, oui oui.c'est
58 un sujet, il vient de commencer, il n'y a rien encore.

59 **Moi :**

60 D'accord, et donc, est ce que vous pensez que la fidélisation, est identique entre les jeunes
61 diplômés et les anciens ?

62 **CDS3:**

63 Vu que vraiment moi je n'ai pas eu l'expérience que les anciens partent plus facilement. En
64 fait c'est parce que **c'est plus les jeunes qui partent parce qu'ils privilégient leur vie**
65 **personnelle, leur vie personnelle avant le la vie professionnelle** et les anciens. J'ai
66 l'impression qu'ils essaient quand même parce que là on a récemment un passage en 12h00.
67 Pourquoi je dis ça ? Et que les anciens disent que sur le plan personnel c'est très bien mais
68 par contre sur le plan professionnel en psychiatrie en 12h00 on ne voit pas vraiment l'évolution
69 des patients.

70 **Moi :**

71 D'accord.

72 **CDS 3:**

73 Mais les 12 h sont passées parce que les jeunes, on va dire qu'ils étaient majoritaires, ont
74 priorisé leur vie personnelle avant la vie professionnelle. Depuis la crise sanitaire. Mais il y a
75 une, on va dire, un départ massif des jeunes, ***soit en libéral, soit en tout cas les jeunes j'ai***
76 ***l'impression qu'ils veulent plus de liberté, moins de contraintes***. D'accord, toutes les
77 contraintes horaires, les contraintes des euh en fait ils ne veulent plus de contraintes du tout.

78 **Moi :**

79 D'accord, et comment vous travaillez avec cette problématique de contrainte ?

80 **CDS3:**

81 Et bah là d'ailleurs ça d'où la nouvelle réorganisation là avec 2 postes en plus. Bah on essaie
82 quand même de les amener à chaque fois à l'objectif principal, c'est la prise en charge des
83 patients. Oui, leur vie personnelle c'est très important. Mais avant tout on est là pour le patient,
84 donc on essaie de donner du sens aux soins et du sens à leur engagement dans les prises en
85 charge des patients.

86 **Moi :**

87 D'accord ?

88 **CDS3:**

89 en même temps, on prend en charge, on entend aussi leurs demandes personnelles par
90 exemple pour les plannings, on est très en tout cas dans le service t, on est très à l'écoute des
91 demandes soignants on va dire. On laisse le planning là par exemple, moi j'ai sorti sur toute
92 l'année et on leur laisse le choix de refaire les lignes, de les changer selon leurs désirata. Du
93 moment que ça respecte la réglementation et la règle du temps de travail.

94 **Moi : sens au travail-**

95 D'accord, OK, d'après votre expérience, qu'est ce qui semble donner de la satisfaction et de
96 la cohérence aux soignants dans leur mission quotidienne ?

97 **CDS3:**

98 Ah bas dans leur mission quotidienne, moi je dis déjà d'être à l'écoute. Être à l'écoute des
99 équipes, faire attention vraiment à chaque fois s'il y a, on va dire de détecter les problèmes
100 avant ou les mésententes entre les soignants.

101 **Moi :**

102 Et comment vous faites pour ça, la mésentente ?

103 **CDS3:**

104 On est vraiment, cadre de proximité donc on est là. Au plus près des équipes, tous les jours
105 on les voit, on voit vraiment. Moi personnellement, j'assiste au staff et si on voit que. Par
106 exemple 2 soignants ne sont pas d'accord sur une prise en charge et Ben on fait une réunion
107 tout de suite. On voit avec les psychiatres, avec tout le monde et quand on essaye toujours je

Retranscription entretien avec CDS 3; cadre de santé service hospitalisation à temps plein adulte

ne veux pas que ça devienne des situations personnelles, on remet le patient au centre. Chacun a le droit de donner son point de vue et on essaye d'être le plus objectif possible.

Moi : ok

CDS3:

Et que chacun, chacun a le droit, c'est avec beaucoup d'écoute, beaucoup de paroles.

Moi :

Et selon vous, qu'est-ce qui motive les soignants à s'impliquer au-delà des tâches journalières ?

CDS3:

Au-delà des tâches journalières ? oui bah Premièrement moi je dis la conscience professionnelle. Ah moi je dis le cadre aussi. Donc il y a le Premièrement la conscience professionnelle et le cadre de santé, s'il connaît ses équipes, s'il est bienveillant, la bienveillance, la donner à chacun et **être équitable entre les soignants, ne pas privilégier un soignant vis-à-vis de ...** L'équité entre les équipes, si on voit quand un de nos équipes est en difficulté, donc on essaie de voir pourquoi, et de l'aider. **Je traite tout le monde pareil**

Moi :

Ouais, je voulais savoir. Pour rebondir par rapport à ce que vous venez de dire. Comment un cadre il peut donner et il peut aider les professionnels à trouver du sens dans leur travail ?

CDS 3: :

Et Ben moi j'ai toujours, on va dire le raisonnement clinique. **Donner du sens au travail ce n'est pas faire bêtement on va dire les actes, oui, surtout je parle de la psychiatrie, parfois on peut tomber dans cette routine-là, aller ces bons traitements, traitements, surveillance, entretien. Et si on remet le raisonnement clinique au centre, que chaque personne est différente, chaque patient est différent. Ses besoins, son projet professionnel, son projet personnel.** Et bah du coup on se dit bah alors nous on est là. Pourquoi ? Pour accompagner le patient bon pour sa réhabilitation psychosociale. En fait, c'est du coup on se sent, on va dire entre guillemets, valoriser en tant que soignant, on n'est pas là juste parce que on est des petites mains qui exécutent des prescriptions médicales.

CDS3: :

Et après aussi, on est vraiment franchement là, on est dans un pôle très innovateur, on a plein de projets. mon équipe là, ça fait la 2e fois qu'ils participent et je les encourage avec les primes d'engagement collectif. Et quand on fait des choses qui sortent de l'ordinaire, voilà, **on avait gagné. Une prime sur le vestiaire solidaire, en fait, ça motive tout le monde et ça, change un peu les idées et on s'éloigne de la routine journalière.**

Moi :

Donc là. Donc la prime à l'engagement collectif, c'est quelque chose d'institutionnel ?

145 **CDS 3 :**

146 Exactement oui.

147 **Moi :**

148 Qui est mis en place depuis combien de temps chez vous ?

149 **CDS 3 :**

150 Eh Ben en tout cas moi, depuis que je suis- arrivée, on a participé l'année dernière et cette
151 année je ne sais pas si elle existe depuis longtemps.

152 **Moi : GENERATION SENS AU TRAVAIL**

153 D'accord, et le sens du travail est ce qu'il est différent entre les jeunes diplômés et les
154 anciens diplômés ?

155 **CDS 3 :**

156 Oui tout à fait pour moi hein tu vois. Après ça peut être subjectif. J'ai l'impression que les
157 jeunes diplômés après ça peut être, Ce que je veux dire peut-être un jugement de valeur.

158 **Moi :**

159 Non oui mais là c'est votre point de vue.

160 **CDS3:**

161 J'ai l'impression que les jeunes diplômés restent très succincts au niveau par exemple du
162 raisonnement clinique. Ils restent vraiment sur les tâches techniques, sur les tâches,
163 prescriptions médicales. Moi je vois par exemple. Tu vois, les jeunes sont souvent en
164 traitement. D'accord, peu en salle, peu à faire des entretiens infirmiers. Oui, il y a les la, les
165 bilans, les médicaments surveillance d'ISO et t'as les anciens qui vont aller faire des activités,
166 qui vont faire des entretiens infirmiers, qui vont faire des suivis.

167 **Moi :**

168 D'accord

169 **CDS3** ::

170 Dans les synthèses et bien même pendant les synthèses tu vois les anciens peut être après,
171 c'est leur expérience aussi en plus. , il ya une analyse fine clinique. Or les jeunes qui restent
172 sur les symptômes.

173 **Moi :MOTIVATION -perte de sens**

174 D'accord, , d'après votre expérience et selon vous, quelles sont les raisons qui poussent un
175 professionnel à partir ?

176 **CDS3** :

177 En tout cas, moi, tout ce que j'ai vu. et qui on a demandé et qu'on essaie un peu d'analyser
178 la situation. Donc déjà leur vie personnelle. Donc parce qu'ils disent qu'on est financièrement,
179 on est moins payés à l'hôpital. Parce que ceux qui sont partis, donc soit ils sont partis pour se
180 mettre en intérim ou se mettre en en libéral, ou c'est rare, mais ceux qui partent dans le sud
181 pour le climat, pour on va dire les conditions de travail meilleures. Même si ce n'est pas

182 meilleur au niveau des conditions de travail, on va dire géographiquement c'est mieux que la
183 région parisienne où la vie est plus chère.

184 **CDS3** ::

185 Donc, Ils ne partent pas, pour on va dire pour approfondir leurs compétences et pour dire j'ai
186 fait ça, je préfère en faire comme ce que nous on nous on faisait. Bah j'ai fait de la psychiatrie,
187 je vais aller faire l'arrière comme ça pour améliorer mes compétences. Non c'est parce que on
188 n'est pas bien payé. Le climat en région parisienne ce n'est pas terrible. Donc ce n'est pas ça,
189 je me dis toujours tu vois, c'est beaucoup personnel.

190 **CDS3** ::

191 Pour des raisons personnelles.

192 **Moi :**

193 Et sinon qu'est-ce que vous mettez en place pour accompagner les nouveaux arrivants dans
194 les intégrations à l'équipe ?

195 **CDS 3: :**

196 On a une journée. En tout cas, institutionnellement, il y a une journée d'intégration je crois,
197 comme tous les établissements, on il leur présente tout le l'hôpital, nous dans le service, ils
198 sont tutorés pendant un mois par un ancien, ils sont doublés. Après il y a des formations,
199 surtout sur les connaissances théoriques sur les pathologies. Et toutes les formations ? Euh.
200 Sur les logiciels et sur le métier.

201 **Moi :**

202 D'accord, OK, et est-ce que vous en tant que cadre votre stratégie de motivation ? Elle est
203 différente selon les professionnels, entre les anciens et les nouveaux ?

204 **CDS 3 :**

205 Non, non, non, franchement non, pour moi, c'est identique. J'essaie d'être la plus objective
206 possible et c'est surtout tu vois pendant les l'entretiens annuels où je vois où je demande si
207 l'agent a des un projet de de mobilité ou un truc comme ça et si l'agent par exemple il a un
208 projet de mobilité et là on peut travailler avec lui et voir ce qui lui manque, qu'est-ce qu'on
209 pourrait faire pour le pour empêcher entre guillemets qu'ils partent.

210 **Moi :**

211 Donc c'est déjà arrivé dans ton service ?

212 **CDS3** :

213 Là actuellement non personne. Mais dans mon ancien service j'ai eu un infirmier qui était dans
214 mon ancien service un infirmier il m'avait dit qu'il partait donc du coup son objectif il le l'avait
215 dit en toute liberté, c'était l'UMD donc il partait à l'UMD pour la prime.

216 **MOI :**

217 D'accord, C'était plutôt financier.

218 **CDS3**

219 Exactement. Et en plus il disait Oui qu'il avait un crédit. Il a fait ses calculs, la prime lui paye
220 le crédit donc du coup même si le service ça lui plaît, Il préfère aller dans un service. Il
221 gagnerait là un petit peu plus.

222 **Moi : RECONNAISSANCE**

223 D'accord, selon vous, la valorisation des compétences et les efforts de vos collaborateurs
224 apportent quels sentiments auprès de vos équipes ?

225 **CDS3 :**

226 Et bah *valoriser, je pense que ça apporte quand même une reconnaissance. Ça, peut*
227 *fidéliser aussi.* Parce que *quand on valorise un agent qui travaille bien ou qu'il monte*
228 *en compétences, où on voit par exemple qu'il perfectionne une grande compétence et*
229 *on lui propose une formation, et bah ça, valorise le soignant et ça peut fidéliser.*

230 **Moi :**

231 D'accord ? Enfin, selon vous, le fait de faire savoir à vos soignants que leur travail est apprécié
232 est-il de nature à augmenter leur implication ?

233 **CDS3:**

234 Oui, tout à fait.

235 **Moi :**

236 Pourquoi ?

237 **CDS 3 :**

238 Bah parce que le fait de dire que le travail qu'on est satisfait de leur travail, qu'on valorise
239 leur travail et qu'on appuie sur le positif comme le négatif, parce que *souvent on a*
240 *tendance à dire les choses qui ne vont pas, mais on oublie les choses qui vont*
241 *bien.* Donc pour moi, dans les situations, *surtout là dans la période où on est*
242 *actuellement c'est très important de valoriser le travail de chacun*, l'implication dans les
243 projets et de on va dire de valoriser tout ce qu'ils font.

244 **Moi :**

245 D'accord ? vous dites, période actuellement, c'est à dire ?

246 **CDS 3: :**

247 La période où au niveau infirmier on va dire que les candidats infirmiers euh sont très très
248 peu. C'est plus difficile à recruter un infirmier qu'un AS² par exemple. *Je trouve aussi qu'il*
249 *ya eu un sacré changement après le Covid, je pense qu'il ya un avant et un après , et*
250 *ça se voit dans leur manière de s'engager D'accord* et. On voit avec nos 2 postes
251 vacants qu'on a là qu'on vient d'ouvrir, et bah les candidatures ne vont plus, surtout dans la

² AS : Aide-soignant

Retranscription entretien avec CDS 3; cadre de santé service hospitalisation à temps plein adulte

252 psychiatrie on va dire. Ce n'est pas une spécialité qui attire. Contrairement au réa et les
253 urgences.

254 **Moi :**

255 Mais pourquoi vous pensez que ça n'attire pas. ?

256 **CDS 3:**

257 C'est de fait, statistiquement on va dire, une sortie de d'ifsi en grande majorité on fait, on
258 appelle ça le comment job- dating pour les étudiants.

259 Et Ben plus de la moitié des étudiants disent, Ah non pas la psychiatrie, parce qu'en fait on
260 perd la main, faites pour eux. Les soins relationnels ont moins d'importance que les soins
261 techniques, ils sortent de l'école, ils veulent faire de la technique, ils disent bah oui on va
262 perdre la main, oui peut être après, mais pas au début du pas en début de carrière.

263 **MOI :**

264 D'accord, et pourtant de plus en plus il y a du somatique en psychiatrie

265 **CDS 3:**

266 Exactement, c'est ce qu'on leur dit, mais ceux qui ont. La chance d'avoir fait un stage en
267 intra, ça il le voit, mais ceux qui l'ont fait parce que la santé mentale pendant les stages ils
268 peuvent aller dans une MAS³, ils peuvent aller dans beaucoup de choses.

269 Donc ceux qui n'ont pas fait de l'intra et eux pour eux, la psychiatrie c'est que des entretiens
270 infirmiers.

271 **MOI :**

272 Est-ce que vous avez autre chose à rajouter par rapport à toutes les questions que je vous ai
273 posées.

274 **CDS 3:**

275 Oui, je voudrais dire que j'ai l'impression qu'il ya un manque de motivation de base pour
276 devenir soignant en tout cas c'est une impression personnelle, j'ai l'impression que le métier
277 d'infirmier il est choisi par défaut, par dépit mais pas pour les bonnes raisons, donc du coup
278 ce qui fait que le une fois que le soignant est diplômé, il se focalise plus sur le matériel sur le
279 côté financier que sur l'engagement.

280 **Moi :**

281 Et comment vous vous faite, puisque vous avez constaté ça, pour les remotiver ?

282 **CDS 3:**

283 **On va dire que on va** les privilégier sur les heures supplémentaires, donc la récemment dans
284 le service, les soignants étaient 4 dans le service en 12H, et l'équipe de nuit en 10H, la
285 direction a dit que 4 dans le service pour 20 patients c'est beaucoup financièrement plutôt 3
286 soignants. Donc ils sont passé à 3, les soignant n'étaient pas d'accord donc ils ont fait un

³ Maison d'accueil spécialisée

Retranscription entretien avec CDS 3; cadre de santé service hospitalisation à temps plein adulte

287 courrier bon ils n'étaient pas contents et un moment ils n'avaient plus d'heures
288 supplémentaires ils ont encore une fois fait un courrier en menaçant d'être en grève.
289 Finalement la direction a cédé, à partir du premier mai à 4 par jours en ayant des heures
290 supplémentaires parce que on a 2 postes vacants. en plus ils veulent des heures
291 supplémentaires de nuit et pas de jours car ils sont plus rémunérés les nuits que les jours

292 **Moi :**

293 D'accord

294 **CDS 3:**

295 Donc je pense que la crise de pénurie de soignant est ce qu'il y'aurait par hasard d'une
296 motivation qui viendrait de la formation principale de la profession ?

297 **Moi :**

298 Quand même par rapport à la profession ils se forment pendant 3 ans , enfin pour se former à
299 la profession ?

300 **CDS 3:**

301 Bein, je sais par rapport aux stages, moi quand même j'ai eu des stagiaires qui m'ont dit moi j'ai
302 choisi la filière infirmière par ce que il ya la passerelle avec la médecine ils ont pas pu faire
303 médecine du coup ils ont fait infirmier en attendant.

304 **MOI :**

305 D'accord, donc vous vous pensez que à un moment donné ils vont faire la passerelle pour être
306 médecin ?

307 **CDS 3:**

308 Exactement, je sais que on a eu un infirmier qui va faire ça, la passerelle, après ils savent comme
309 même en attendant il aura le diplôme il ira faire des vacations , travailler à côté et être mieux payé,
310 qu'un autre étudiant qui va travailler dans un super marché ou une grande surface

311 **MOI :**

312 Merci encore d'avoir pris le temps de répondre à mon enquête.

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

1 **CDS4:**

2 Oui. OK Je suis d'accord. On peut se dire tu pas de problème

3 **MOI:**

4 Merci, donc ma première question, c'est depuis combien d'années tu exerces en tant que
5 cadre de santé.

6 **CDS4:**

7 15 ans cadre de santé depuis 2009, bientôt 16 ans en juillet de cette année

8 **Moi:**

9 ok, et en termes d'effectifs soignants, tu en as combien dans ton service?

10 **CDS4:**

11 Alors euh donc soignants 12 postes, et 2 ASH

12 **CDS4:**

13 Les intervenants? Mais je sais pas si tu souhaites connaitre les intervenants?

14 **Moi:**

15 Non, plutôt vraiment, les soignants sur la structure. mais sinon parmi ses soignants est
16 ce que tu as plus de jeunes professionnels ou des professionnels plus âgés?

17 **CDS4:**

18 Plutôt moyenne carrière à plutôt plus 2e partie de carrière quoi.

19 **Moi:**

20 C'est à dire.

21

22 **CDS4:**

23 Pas beaucoup de jeunes professionnels en faite, des professionnels qui ont au moins,
24 une dizaine d'années de diplôme.

25

26 **Moi:**

27 D'accord, et selon toi qu'est ce qui incite les soignants à rester dans ton service?

28

29 **CDS4:**

30 Alors ça je sais pas, faudrait leur demander. Euh moi ce que je pense c'est que les
31 conditions d'exercices ici sont plutôt correct par rapport à ce qu'on peut voir par ailleurs.
32 Euh je pense que en tout cas de ce que je vois, de ce que j'évalue des soignants, c'est
33 que ils et elles ont un intérêt à exercer en service extra hospitalier. Alors tant pour le
34 pour le cœur de métier, et le type d'exercice. Les soins qui sont dispensés que pour le
35 aspect, euh de entre guillemets, de confort de vie de travail de jour, Euh. Sur un rythme,
36 calé en fait, du lundi au vendredi régulier quoi. Voilà qui permet d'avoir une vie sociale
37 aussi. Je pense qu'il y a beaucoup de ça. Après il faudrait leur demander à eux.

38 **Moi:**

39 D'accord, avec au tant d'exercice, c'est surtout de ce que tu as remarqué, et de ce que tu
40 penses?

41 **CDS4:**

42 Ce que je pense en tout cas, et de ce que je recueille aussi. Quand voilà, quand on
43 échange, il y a à la fois la possibilité d'avoir un peu de vie personnelle dans le sens
44 où les plannings, voilà. Ce qu'on peut entendre l'inverse en fait en intra hospitalier

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

45 **hein, des collègues d'intra hospitalier pour certains apprécient énormément le**
46 **confort de travail en intra hospitalier avec des rythmes anarchiques parce que ça**
47 **leur laisse du temps, des demi journées en semaine ou des repos en semaine quand**
48 **ils travaillent le weekend, etc. Mais ce que je constate que pour le extra hospitalier c'est**
49 **plutôt ça oui, un confort de travail par rapport à l'exercice soignant en tant que tel.**

50 **CDS4:**
51 L'autonomie, la possibilité, la responsabilité en fait, même s'il y a de la responsabilité tout
52 autant de responsabilités en intra-hospitalier. Mais euh l'autonomie est quand même plus
53 en extra hospitalier.

54 **Moi:**
55 D'accord, tu disais que tu avais un peu plus de soignants qui avaient plus de bouteilles
56 dans l'expérience professionnelle, donc forcément un peu plus âgés, et que tu en avais
57 d'autres qui étaient un peu moins âgés mais qui sont sur les CMP ¹CATTP²,HDJ
58 ³éventuellement.

59 Qu'est ce que tu peux éventuellement mettre en place pour garder ces soignants? Parce
60 que on sait que beaucoup de soignants ont tendance à bouger. Et toi en tant que cadre
61 de santé, qu'est ce que tu mets en place? Hormis le fait qu'ils aiment bien l'autonomie, il
62 y a forcément quelque chose qui fait que bien ils restent sur ton CMP et qu'ils aillent pas
63 sur un autre CMP par exemple. Qu'est ce qui fait qu'ils sont toujours la?

64 **CDS4:**
65 Bah enfin ce qu'il faut dire c'est qu'il y a quand même malgré tout, quoi qu'il en soit toujours
66 du mouvement. Ce que je te disais, enfin ce que je te disais tout à l'heure, c'est par
67 exemple à l'hôpital de jour-là actuellement, sur les 6 postes soignants fixes, il y a 4 postes,
68 donc il y a 2 postes qui sont en cours de recrutement. Mettons de côté la question par
69 rapport au fait de convertir un poste. Donc il y a, il y a du mouvement maintenant. L'équipe
70 l'a actuellement constitué, la dernière soignante qui est arrivée là depuis un petit peu plus
71 d'un an.

72 **CDS4:**
73 Mais c'est une infirmière qui avait que je connaissais depuis longtemps, qui avait travaillé
74 antérieurement sur d'autres structures et donc sur hôpital. Donc il y a toujours, du
75 mouvement. Là au CMP, il y a 2 soignantes qui sont là depuis 10 ans. Et puis les il y en
76 a 3 autres qui sont là depuis moins de 3 ans et une qui est arrivée en fait là au tout début.
77 Enfin ouais, une qui est arrivée ha pardon. Parmi les 4 qui sont là depuis moins de 3 ans,
78 il y en a 2 qui sont arrivés là en début d'année. Donc il y a toujours du mouvement. Après
79 je vois que les gens restent plutôt sur un temps assez long, mais il arrive qu'il y ait des
80 temps courts. Je sais pas ce qu'on appelle par rapport à la fidélisation. La question que je
81 me pose je ne sais pas.

82 **CDS4:**
83 **Je pense que les gens y trouvent leur compte. Moi, ce que je vais mettre en place**
84 **de toute façon ici, ce que j'ai toujours mis en place mais qui n'est pas forcément un**
85 **gage de fidélisation, c'est le travail centré des choses sur le travail de d'équipe,**

¹ Centre medico-psychologique

² Centre accueil thérapeutique à temps partiels

³ Hôpital de jour

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

86 avoir et permettre des espaces de d'échanges et en tout cas de travail en équipe, en
87 réunissant majoritairement l'équipe que nous avons le confort de faire. En extra-hospitalier
88 par rapport si je compare à mon exercice que j'avais en intra- hospitalier, maintenant la
89 différence c'est qu'au niveau de extra-hospitalier des équipes étant fixe, c'est que tout le
90 monde travaille au même moment. Donc la dynamique, le travail sur la dynamique
91 d'équipe. Je pense que c'est ça qui est primordial et le plus important, et qui fait que les
92 gens vont pouvoir s'inscrire sur le temps long et s'y retrouver.

93 **Moi:**
94 ça sur la structure CMP donc extra-hospitalier, et sur l'intra-hospitalier? Est ce que tu
95 penses que cela existe pas sur l'intra?

96 **CDS4:**
97 Bah ça existe autrement parce qu'en fait les gens se croisent plus, ne travaillent pas
98 forcément toujours ensemble, alors que là c'est tout le monde ensemble. Alors ça a ses
99 avantages et ses inconvénients, Mais donc du coup la, le travail sur la dynamique d'équipe
100 est d'autant plus important. Je dirais si je compare par rapport à mon exercice antérieur
101 en intrahospitalier, parce que tout le monde est là, présent au même moment

102 **Moi:**

103 OK, d'après ton expérience, qu'est ce qui semble donner de la satisfaction et de la
104 cohérence aux soignants dans leur mission quotidienne? au delà de la dynamique
105 d'équipe que tu viens de me citer?

106 **CDS4:**

107 Satisfaction et cohérence. Euh, La satisfaction de pouvoir, **Avoir le sentiment de**
108 **l'exercice accompli.** Je pense qu'il y a un engagement. des professionnels et une
109 volonté de réaliser le travail de soins. de bien réaliser le travail de soins. Alors bien qu'est
110 ce que c'est? C'est pas forcément selon les normes qualitatives qui nous ont fourni via
111 toutes les procédures ou protocoles ou je ne sais quoi. Euh **norme qualitive.**

112 **CDS4:**
113 Mais en tout cas d'avoir **le plaisir à pouvoir mettre en œuvre le travail de soin tel qu'il**
114 **peut se penser, se concevoir en équipe avec la cohérence et la cohésion**
115 **nécessaire,** chacun pouvant exprimer ses différents, points de vue et pouvant l'exprimer,
116 le confronter, etc...

117 **Moi:**
118 Donc si je résume, si tes propos, c'est plutôt le sens d'un travail collectif comme eux, ils
119 voudraient le mettre en place et non pas comme l'institution voudrait que ça se passe?

120 **CDS4:**
121 Non, c'est pas tout à fait ça, le sens du devoir bien fait, pas comme eux veulent le mettre
122 en place tel que tel que. Alors ça revient un peu, pas mal pour tous le monde, mais tel
123 qu'il aura pu être enseigné ou tel que qu'il aura pu être appris si je puis dire. Bon, l'ordre
124 de l'information, même si ça remonte à loin pour certains, et de pouvoir le mettre en œuvre
125 de manière cohérente par rapport au cœur de métier oK et pas par rapport à des normes
126 attendues ou je ne sais quoi.

127 **CDS4:**

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

128 les trucs de certification et tout ça, on se prête, on se plie au jeux, je ne dirais pas au jeu
129 parce que ce n'est pas un jeu loin de là. Mais voilà c'est pas ça qui va guider en fait le
130 fonctionnement du soin qui est dispensé ici. D'accord,

131 **Moi:**

132 et selon toi, qu'est ce qui motive les soignants à s'impliquer au-delà des tâches
133 journalières?

134 **CDS4:**

135 Je dirais le plaisir au travail et l'engagement. Non, la satisfaction de pouvoir œuvrer et de
136 pouvoir, euh. dans un environnement qui évolue et qui est très compliqué, au niveau de
137 l'hôpital avec. Euh, parce qu'il y a des problèmes. Quand on parle des médecins, des
138 nombres de médecins, etc... Bah là on se rend compte qu'il y a des difficultés, par
139 exemple au niveau du CMP où je vois des collègues s'interroger; **moi même**
140 **Je m'interroge toujours sur le fonctionnement du CMP, qui n'est pas aujourd'hui,**
141 **en 2025, qui ne fonctionne pas. Et ça, je leur dis, on s'en ouvre, on en discute**
142 **facilement. qui aujourd'hui, en 2025, ne fonctionne pas comme il devrait fonctionner**
143 **à notre sens, ou en tout cas, comme il fonctionnait, ne serait-ce qu'il y a quelques**
144 **années en arrière.** Même mis à part la crise sanitaire.

145 **Moi:**

146 D'accord, et quand tu dis qu'il fonctionne pas comme à notre sens, qu'est ce que tu
147 entends par là?

148 **CDS4:**

149 Eh bien , les difficultés de recrutement et de constance , Il y a eu des départs de médecins
150 qui ont été remplacés mais dont le temps en fait, n'est pas arrivé à. combler les départs
151 en fait des médecins qui étaient là. Donc euh par exemple, tout à l'heure on parlant de la
152 cohérence. Et Ben quelque chose qui avant fonctionnait très bien au CMP, c'est que sur
153 une dizaine de médecins qui étaient là, une grande majorité consultaient le mardi.

154 **CDS4:**

155 Qui est, euh. Au moins sur une demi-journée et dont. Pour ce temps-là se déroule la
156 réunion clinique hebdomadaire du CMP, ce qui permettait à tout le monde de se
157 rassembler, de se réunir et par exemple, quand les collègues infirmières, infirmiers
158 recevaient des patients en nouvelle demande, en entretien de nouvelles demandes, il y
159 avait un premier accueil, un premier entretien qui était réalisé une fois que ça a été fait,
160 puis les médecins qui étaient là, bah tiens, en fonction des places et disponibilités qu'ils
161 avaient donnaient un rendez-vous. Et puis ça voilà et ça avançait facilement aujourd'hui.

162 **CDS4:**

163 Pénurie, enfin difficulté au niveau médical avec une équipe qui n'est pas complète et en
164 tout cas avec un temps qui est moindre au niveau du CMP. Eh Ben il y a un éclatement
165 des présences des médecins sur différentes structures. déjà, il y a une minorité de
166 médecins de l'équipe médicale qui se trouvent consultés le mardi. Alors du coup, quand
167 il y a des réflexions, des présentations de nouveaux patients, etc... tout le monde n'est
168 pas forcément dans l'échange et tout ça, tu **vois, ça isole beaucoup plus et du coup**
169 **c'est compliqué. Et à tel point que là , on a dû arrêter de faire des entretiens nouveau**
170 **donc avec des premiers entretiens infirmiers en vue d'une orientation. En fait, on accepte**
171 **plus les nouveaux patients au CMP.**

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

- 172 **CDS4:**
173 c'est seulement les patients qui sont adressés en sortie de d'hospitalisation qui n'étaient
174 pas connus auparavant, les patients qui sont adressés par les SAU et puis les patients
175 qui sont en relais de secteur. Mais l'entretien une nouvelle demande la personne lambda
176 qui va téléphoner et qui souhaiterait consulter là où on donnait un rendez-vous infirmier
177 dans les 2 semaines et puis après 2 ou 3 semaines après il y avait un rendez-vous
178 médical. Bah là on n'y est plus, d'accord
- 179 **CDS4:**
180 Et ce fonctionnement. Et ça comment dire, c'est mal. Enfin les soignants le déplorent, ça.
- 181 **Moi:**
182 D'accord, donc tout à l'heure quand tu parlais de dynamique d'équipe, c'est vraiment une
183 dynamique entre soignants paramédicaux puisqu'il y a plus cette cohérence. Avec le
184 médecin au vu de la non disponibilité par manque de médecin finalement?
- 185 **CDS4:**
186 Alors là, quand je parle de dynamique d'équipe, c'est au niveau de l'équipe paramédical
187 et par rapport à ce que moi je mets en place en fait pour, moi je suis le cadre responsable
188 de l'équipe paramédicale. Alors après, bien évidemment, ça va de pair la cohérence avec
189 les collègues médecins et tout ça. Mais à proprement parler, quand je parlais du travail
190 sur la dynamique d'équipe, c'est la régulation , Et puis le travail de ensemble avec des
191 espaces de réunion où chacun va pouvoir s'exprimer sur, notre fonctionnements, le
192 fonctionnement institutionnel. Voilà ce qu'on aborde très régulièrement et de permettre
193 ça.
- 194 **Moi:**
195 Selon toi est ce que le sens au travail est différent selon les soignants qui sont
196 nouvellement diplômés que t'as dû croiser et les anciens diplômés?
- 197 **CDS4:**
198 Alors là, c'est très large pour nous, qui est très différent, qui est longtemps, qui va faire
199 avec, avec la société enfin. Dans le sens plutôt ça. Je te disais tout à l'heure, je suis une
200 orientation plutôt la psychothérapie institutionnelle et donc un travail de
201 psychodynamique, donc un travail d'équipe et d'ensemble, là où , tout ce qui est fait pour
202 aller dans le sens d'un individualisme.
- 203 **CDS4:**
204 Donc y a pas de raison que l'hôpital échappe à ça et les équipes hospitalières. Et avec ça
205 les jeunes alors , J'ai croisé des jeunes professionnels qui étaient très bien investis et
206 engagés dans un mouvement d'ensemble collectif. Et voilà. Et puis d'autres. Mais ça
207 marche aussi pour des professionnels plus âgés aussi, qui vont dans le sens de ramener
208 des choses, de tendre à quelque chose d'individualisme et là où les choses sont
209 pernicieuses à mon avis, où je regarde ça d'un mauvais œil, c'est que l'institution tend à
210 favoriser ça à travers le temps aujourd'hui.
- 211 **CDS4:**
212 Les infirmiers de coordination, les infirmiers référents de je ne sais quoi; les case
213 managers, les IPA (infirmiers en pratique avancée), etc, c'est à dire que tout tends à
214 individualiser les pratiques et à gommer ou à effacer le collectif ou à le voir autrement.

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

215 **Moi:**
216 Mais est ce que tu penses pas que d'une certaines manières c'est une montée plutot en
217 competence?

218 **CDS4:**
219 Euh alors je pense que nous avons tous alors si je parle au niveau des infirmiers par
220 exemple, nous avons tous le même diplôme. Hein? Alors la montée en compétences. Et
221 pourquoi? L'infimieres en pratique avancée, qui vont aller en fait? Euh, c'est quoi? qui
222 vont pouvoir, réaliser, effectuer des gestes qui relevaient en fait qui étaient du ressort
223 médical. Mais ça c'est un faux argument c'est pour pallier au manque de medecins.

224 **Moi:**
225 En même temps c'est la réalité

226 **CDS4:**
227 Ah Ben c'est peut être la réalité, mais ça n'empêche que ça dégrade la qualité en fait des
228 soins dispensés parce que on va me dire que une infirmière n'équivaut pas à un médecin
229 en termes orientation, etc.... Donc on voit bien que les medecins peuvent avoir du mal.
230 Je trouve le principe très bien d'IPA par exemple est très adapté dans des structures par
231 exemple de consultation. Très spécifiques dédiés à des soins comme par exemple un
232 service d'endocrinologie ou de diabète par exemple, la néphrologie des choses comme
233 ça, voilà où tu vas avoir un suivi qui va être réalisé. Mais en psychiatrie, en psychiatrie, il
234 est fondamental de recourir.

235 **CDS4:**
236 Et de se saisir des servir pour le public du dispositif de soins de psychiatrie publique mais
237 qui est démantelé depuis 40 ans. donc la montée en compétence, tout ça, c'est de la
238 bêtise.

239 **CDS4:**
240 C'est de la pseudo montée en compétences et c'est comme ça qu'on se retrouve avec
241 des gens qui vont se retrouver exposés ou qui vont s'exposer dans des situations à
242 prendre en charge comme on dit le patient mais à faire tout et n'importe quoi et en
243 investissant la personne et en étant investi par la personne comme étant une personne
244 unique. Et là, euh, attention, car selon les personnalités, selon les pathologies, en fait des
245 personnes, etc. Je crois que les gens ne se rendent pas compte en fait de ce dans quoi
246 ils vont se retrouver quand tu auras des pépins, ils verront bien.

247 **CDS4:**
248 Mais moi, j'ai assez experience et de regard sur des choses qui ont pu se passer déjà
249 avec des dispositifs bien étayants et bien étayés pour voir ce que ça a pu donner. Je vais
250 pas m'étendre là mais sur des situations très précises du côté indispensable d'un dispositif
251 de public. Aller voir je sais pas quoi boire le café, des trucs comme ça avec un case
252 manager pour favoriser l'accroche, ils vont boire le café au café avec le patient, dans des
253 espaces où il y a aucune confidentialité, etc

254 **Moi:**
255 pour ma part moi, la définition d'un case manager, pour moi c'est plutôt. la prise en charge
256 du patient dans son parcours

257 **CDS4:**

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

258 Je te dis pas que c'est la définition hein, ce que je te dit c'est les modalités de pratique
259 par exemple, de toutes des choses que j'ai entendu .

260 **Moi: motivation**

261 D'après ton expérience et selon toi, quelles sont les raisons qui poussent à un
262 professionnel à partir?

263 **CDS4:**

264 Des raisons qui lui appartiennent, c'est propre à chacun, qu'est ce que tu veux? Les
265 raisons? ça peut être je pense tout simplement lorsque lorsqu'on part à la retraite.

266 **Moi:** Oui. Mais sinon?

267 **CDS4:** le déménagement, voir un autre horizon, (sourire) OK et sinon ben si on part tout
268 simplement, c'est **parce qu'on s'y retrouve plus, c'est tout.**

269 **CDS4:**

270 Je vais te donner un exemple. Quand je suis arrivé ici, il y a une collègue, il y avait pas de
271 cadre depuis plus de 2 ans ici, d'accord. Donc c'était la cadre supérieure qui faisait la
272 cadre et qui passait. Voilà, oui, évidemment, l'espace était un petit peu vacant bien
273 évidemment quand je suis arrivé ici et particulièrement au CMP. J'ai vu rapidement qu'il y
274 avait une collègue infirmière qui était enfin qui dirigeait un petit peu les choses et il y avait
275 un espèce d'équilibre comme ça où tout le monde s'y retrouvait. Elle portait un petit peu
276 des choses. Voilà bah c'était la cadre mais ça disait pas son nom mais c'était pas trop
277 loin tu vois bon?

278 **CDS4:**

279 Et Ben je l'ai fait partir, mais je l'ai pas fait partir intentionnellement venant de moi. Ouais.
280 Je l'ai fait partir, parce que j'ai eu la volonté de la faire partir. Je l'ai fait partir. Du fait de
281 la représentation qu'elle se faisait de moi et du fait que elle n'allait, enfin elle ne pouvait
282 plus exprimer , cette espèce de volonté qui lui allait bien de prendre un petit peu les choses
283 à bras le corps et de diriger un petit peu les choses, tu vois ?

284 **CDS4:**

285 Ça j'ai mis un petit peu de temps à le comprendre parce que bon, je voyais, fallait, fallait
286 un petit peu border les choses et puis je voyais que fallait pas trop, que je m'aventure.
287 C'est très particulier le CMP , parce que les professionnels agissent, voilà la
288 considération que j'ai de mon exercice ici, c'est que au niveau de, au niveau de l'hôpital
289 de jour qu'au niveau du CMP. Au niveau de l'hôpital de jour, je suis à l'hôpital, donc y a
290 l'équipe etc. Voilà bon le rôle du cadre. Par rapport aux patients, bon, qui est établi là où
291 j'ai un regard par rapport aux patients, au suivi des patients beaucoup plus à distance et
292 indirect au niveau du CMP parce que les collègues je vais pas les assister lorsqu'elles
293 font un entretien individuel.

294 **CDS4:**

295 Euh, je vais pas aller avec elle quand il y a un soin, une injection retard ou une préparation
296 de pilulier. Tu vois, c'est beaucoup plus individualisé le soin. Je pourrais participer
297 éventuellement à une visite à domicile si quand il y avait les entretiens, de nouvelles
298 demandes là qu'on a mis en entre parenthèse, euh, je pouvais s'il y avait pas l'effectif un
299 jour et puis qu'il y avait plusieurs personnes à voir. Moi même en tant qu'infirmier je peux
300 participer, renforcer et puis de nouvelles disponibilités pour réaliser un entretien, de

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

301 nouvelles demandes. Bon mais maintenant c'est très autonome comme dans le
302 fonctionnement. Et donc du coup cette collègue là, Ben je voyais bien que quand, J'ai
303 approché tout ce qui concernait l'organisation etc c'était un petit peu agaçant pour elle.
304 Bon, puis elle a finit par partir, mais peu de temps après. j'ai eu un entretien très
305 intéressant avec elle. C'est qu'en fait elle m'a, Je sais plus comment elle m'a dit que je
306 l'agaçais ou quelque chose comme ça. Que je l'agaçais par mon positionnement. Et puis
307 bon, c'était quelqu'un d'assez vif, toujours un peu sur les nerfs comme ça. Et puis du TAC
308 au TAC, ce qui est un petit peu tout l'inverse de moi. Et dans le rapport qu'elle avait à Moi
309 Eh Ben c'était un petit peu limite par rapport à l'encadrement qu'elle réalisait

310 **CDS4:**

311 Un jour, elle me dit tu m'agaces toi t'es j'étais là, t'es là, t'es calme et puis bon bah t'es
312 le cadre voilà euh alors du coup euh quand je rentre chez moi je suis agacé et je fais mes
313 carreaux pour me déstresser voilà tu vois après le voilà et ça elle ne elle supportait plus
314 et elle me disait et pourtant je t'apprécie personnellement t'es un gars, t'es sympa et tout
315 ça tu vois. Mais en fait c'était ce que j'incarnais dans la fonction qui venait faire que elle
316 ne pouvait plus l'exprimer un petit peu comme elle le souhaitait maintenant la place était
317 occupée, Eh Ben elle est partie pour cette raison là.

318 **Moi:** elle est partie pour l'école des cadres?

319 **CDS4:**

320 Faire l'infirmière ailleurs, Elle est partie par la suite à la retraite, mais voilà, moi je lui disait
321 voit le bon côté des choses T'as tes carreaux qui sont propres chez toi, puis elle à rigoler
322 et puis on s'appréciait. Personnellement tu vois c'était autre chose. Donc ça c'est
323 quelqu'un qui clairement est parti d'ici parce que il y a un cadre qui est arrivé, ça aurait
324 été, quelqu'un d'autre, une personnalité peut être on voit des cadres qui seront faits par
325 des fonctions, c'est difficile d'associer la fonction et qui seront entre guillemets bouffés par
326 l'équipe.

327 **CDS4:**

328 Bon voilà bah moi je suis pas toujours fourré en réunion inutile, je suis là et là tous les
329 deux on est là, mais je sais ce qui se passe au cmp, au cattp et à l'Hôpital de jour .

330 **Moi:**

331 Sinon je voulais te demander qu'est ce que tu mets en place pour accompagner les
332 nouveaux arrivants, pour les intégrer dans l'équipe, que ça soit d'ailleurs au cmp ou à hdj
333 ?

334 **CDS4:**

335 Alors bah déjà, au recrutement hein avant l'arrivée, c'est de bien poser les choses par
336 rapport à ce qu'est le travail en extra-hospitalier, particulièrement pour quelqu'un qui n'est
337 jamais, qui n'a jamais travaillé en extra, mais qui est de bien définir quelles vont être les
338 missions et les tâches. Pour ce qui est du CMP, Euh, vu que je t'ai dit tout à l'heure. En
339 fait, il y a la mobilisation vers le CATTP selon la capacité d'adaptation du ou de la
340 professionnelle au CMP, parce que ça va être l'exercice à temps plein au CMP, euh, on
341 définit ensemble, on voit comment ça évolue. **Je préfère bien prendre le temps même
342 si c'est plusieurs mois.**

343 **CDS4:**

344 L'exercice au CMP, avant de basculer et de faire en plus du CATTP. Donc c'est de déjà
345 de bien. Tu vois bien définir, bien poser les choses d'emblée, bien poser les choses sur
346 le fait aussi que l'exercice au CMP, c'est CMP et CATTP. C'est à dire qu'il faut avoir la
347 capacité de réaliser des ateliers de médiation, à la fois de travailler en individuel côté

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

348 CMP. En individuel donc dans le rapport ou soit majoritairement sauf les visites à domicile
349 , tout en ayant la capacité à réaliser des ateliers de médiation, donc ce que la personne
350 peut être en fonction de ce qu'elle est aussi ce que ce qu'elle peut mettre en œuvre au
351 CATTP. Et puis à l'hôpital de jour. Eh Ben à l'hôpital de jour, classiquement pareil.

352 **CDS4:**
353 Travail de soin est grandement réalisé sur les ateliers de médiation thérapeutique. Et bah
354 là une nouvelle arrivante va dans un premier temps, dans les premiers mois faire le tour
355 des 3 structures et voir ensuite les ateliers qui lui correspondent .Donc on va faire le tour
356 des différents ateliers. Avant de se stabiliser sur la référence, la co-référence d'atelier voir
357 de proposer un nouvel atelier. Par exemple, la dernière collègue dont je t'ai parlé tout à
358 l'heure qui est arrivée il y a un petit peu plus d'un an récemment, a proposé un nouvel
359 atelier de lecture donc. Il faut trouver l'endroit où ça va s'inscrire dans le planning
360 hebdomadaire.

361 **CDS4:**
362 Peut être à la faveur de l'arrêt d'un autre atelier ou sur un interstice possible et puis.
363 Faisant en sorte que ça puisse perdurer aussi en inscrivant plusieurs soignants sur sur
364 l'atelier, donc en travaillant en équipe avec les autres collègues, etc....

365 **Moi:**

366 Ok, et est ce que en tant que cadre, ta stratégie de motivation diffère entre professionnels,
367 qu'ils soient âgés, moins âgés, expérimentés, moins expérimentés?

368 **CDS4:**
369 Non, j'attends la même chose de tout le monde. Mais j'accomode en fonction de du coup
370 des comment dire de là où en est la personne dans son exercice

371 **Moi:** Donc finalement.

372 **CDS4:**
373 c'est différent, Mais je dirais-je que j'ai une stratégie forcément calculer tu vois. C'est à
374 dire que Je vais adapter en fonction des limites ou des difficultés que bah je sais pas. Il
375 faut que je prenne un exemple, on va présenter la personne par exemple. Euh quelqu'un
376 qui a travaillé sur un service extra hospitalier, qui a des habitudes de réaliser et d'être
377 responsable ateliers thérapeutiques, ça s'improvise pas et c'est compliqué et on est
378 beaucoup moins sujet à ça quand on vient de l'intra- hospitalier par exemple. Donc
379 quelqu'un qui vient de l'intra- hospitalier qui n'a pas du tout eu l'expérience et la pratique,
380 et Bien.

381 **CDS4:**
382 Voilà, dans mon discours il va pas être le même, pour les 2 professionnels. Sauf que il y
383 a une professionnelle ou un professionnel qui va savoir tout de suite de quoi je parle. Là
384 où l'autre professionnel bah va se faire aussi son expérience et va devoir s'y mettre entre
385 guillemets tu vois et va apprendre. Donc, La stratégie, je dirais, si, tant est que ce soit une
386 stratégie, c'est le travail de base en fait de d'observer et de pouvoir voir où en est la
387 personne. Parce que forcément que si j'ai l'infirmière qui est là dans la manière de réaliser
388 des ateliers thérapeutiques et que j'attends ça de la personne qui n'a aucune expérience.
389 fatalement ça va pas le faire, Donc c'est de pouvoir travailler individuellement et
390 collectivement avec les collègues, de pouvoir l'inscrire et que la personne s'inscrive aussi
391 comment on est placé et comment on se place au sein de l'équipe. **Ça c'est pas une**
392 **stratégie, c'est de la subtilité en fait**, de pouvoir observer, évaluer comment la personne
393 et tout ça. Et ça tient. Alors après, y a des choses par exemple, dont on se rend pas
394 compte à l'hôpital, ça peut pas se passer pour parler, y a une histoire de confidentialité,
395 etc. Tu vois par exemple, y a une collègue qui travaille pas là.

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

- 396 **CDS4:**
397 Mais celle qui est arrivée en mois de février, bah il y a pas très longtemps j'ai pas eu, le
398 temps de reprendre ça. Mais je vais prendre le temps de la voir la soignante a la voix qui
399 porte un petit peu arriver en salle d'attente elle appelle Monsieur Un tel. Vous venez pour
400 votre injection? T'arrives pas en salle d'attente en disant Monsieur Untel, vous venez pour
401 votre injection. Tu vois ce que je veux dire, et ça, c'est valable, partout, et ici.
- 402 **CDS4:**
403 Encore, plus que peut être en intra hospitalier, par exemple quand les soignants font la
404 distribution des traitements médicamenteux le 12h00 avant le déjeuner. Tout le monde
405 passe, euh, par la case, prise de traitement, puis on comme bien même, il y a les
406 confidentialités, etc . Monsieur Un tel, Monsieur Un tel je vous donne votre traitement,
407 donc tout le monde le sait, ils sont là, et puis ils voient bien quoi, ils prennent tous un
408 médicament, etc là il faut que c'est savoir, et ça c'est bah en l'occurrence, ça devient
409 hospitalier. Voilà donc euh.
- 410 **CDS4:**
411 Alors que là, dans une salle d'attente de CMP, bah non.
- 412 **Moi: reconnaissance**
413 Bon alors j'ai encore 2 autres questions, selon toi, la valorisation des compétences et les
414 efforts de tes collaborateurs apporte quel sentiment auprès des équipes ?
- 415 **CDS4:**
416 Oui alors euh alors ça je te dirai que en fait je suis pas spécialement dans la valorisation.
- 417 **Moi:** Pourquoi?
- 418 **CDS4:**
419 Parce que j'estime qu'en fait , nous sommes là pour réaliser le travail. Et ça un terme
420 voisin c'est pas tout à fait pareil. Mais combien de fois j'ai entendu parler de la
421 reconnaissance, Alors moi comme je dit toujours parce que il y a énormément d'affect là-
422 dedans et tout ça machin la reconnaissance, j'arrive à bien tous. Bon euh la seule
423 reconnaissance.
- 424 **CDS4:**
425 alors c'est peut être un petit maintenant, mais ça on est dans le plus absolu, le plus total
426 hein. Et maintenant il faut dire merci c'est bien c'est bien bravo merci vous êtes bon bah
427 je suis pas là-dedans alors j'avais une ancienne cadre supérieure qui disait C'est important
428 de reconnaître. Alors moi je disais mais tous les jours tous les jours je reconnais les
429 collègues parce que tous les jours je leur dis Bonjour en les prénommant donc je les
430 reconnais. Mais Peut être je suis-je peux paraître exigeant ou je sais pas, mais en fait moi
431 la seule, moi infirmier j'en ai rien à cirer de Ben non mais c'est vrai hein, de m'entendre
432 dire Hein, bravo à merci vous allez là par contre celui ou celle à qui
- 433 **CDS4:**
434 on dispense les soins pour qui nous travaillons, Et Bien je tiens à remercier, tiens, je sais
435 pas, mais c'est simplement. Puis on n'est pas spécialement là-dedans. bon Ben voilà. Moi
436 je si tu veux, je suis pas là pour être reconnu ou valorisé et j'estime que j'ai pas
437 spécialement à reconnaître et à valoriser, en dehors de la reconnaissance, comme je te
438 disais, de te dire Bonjour baya parce que je t'ai reconnu.

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

- 439 **Moi:**
440 Ok, ça marche, pour toi, faire savoir aux soignants que leur travail est apprécié , est ce
441 que tu penses qu'il est de nature à augmenter leur implication?
- 442 **CDS4:**
443 Ah je pense que pour certains malheureusement ça peut se baser là-dessus. Mais c'est
444 pas pour, les cadres ou pour les cadres supérieurs ou pour les directeurs qui travaillent
445 C'est pour le public que l'on accueille. je dirais que la meilleure reconnaissance que les
446 soignants peuvent avoir c'est du patient directement et non pas du cadre
- 447 **Moi: CHOSE A RAJOUTER**
448 Je te remercie beaucoup pour cet échange, est ce que t'as autre chose à rajouter?
- 449 **CDS4:**
450 Bah c'est délicat hein, comme sujet. Parce que Il y a énormément de chose il ya tout
451 d'abord, d'évolutions à l'hôpital, il y a l'évolution des professions. Je vais te relater mon
452 expérience, J'ai échangé une journée il y a pas très longtemps avec une directrice, c'était
453 très intéressante et que j'ai trouvé très censé. Enfin après bon, elle était en formation et
454 puis bon après je sais pas si on peut échanger avec quelqu'un, quand on travaille avec.
455 Voilà mais j'ai trouvé qu'elle avait un regard en tout cas lucide. Moi j'ai rarement échangé
456 avec un directeur ou une directrice comme ça, quoi. Mais de fait, je suis juste allé jusqu'à
457 lui dire le constat que je dresse et que je fais régulièrement. Donc il y a une trentaine
458 d'années, ça fait depuis une trentaine d'années que j'évolue dans le milieu hospitalier, que
459 je connaissais un peu d'avant personnellement. Mais voilà en 94 j'étais étudiant infirmiers.
- 460 **CDS4:**
461 Alors quand j'ai commencé à évoluer là-dedans, il y'avait à l'hôpital une directrice
462 générale, un chef du bureau du personnel, un chef de l'économat. Il y avait pas de
463 directeur des soins, il y avait un infirmier général ou une infirmière générale. Bon,
464 Aujourd'hui, reste assise:
- 465
466 Il y a directeur général, directeur des ressources humaines, directeur des services
467 économiques et financiers, directeur du système d'information, directeur. Euh, il y a des
468 missions du directeur du développement durable et directeur.,
469 directeur des soins, Alors ça ce sont des faits, OK , entre 94 et 2025. Et quand je vois
470 l'état et l'évolution de l'institution hospitalière en 30 ans et que je mets ces 2 faits côte à
471 côte, je me dis.
- 472
473 alors là , comment ça marche ! Bah on peut-on peut arriver à cette hypothèse. Et tu
474 remarqueras en fait que tout ce qui concerne la bureaucratie etc, J'avais espéré à la faveur
475 de la crise sanitaire, qu'on en vienne de tout ça, c'est pire, c'est encore pire. Là où je me
476 disais pendant, je me disais, au moins c'est un coup d'arrêt, on va revenir à une chose qui
477 est quand même, la qualité par exemple.
- 478
479 Moi j'ai rien contre en fait, je pensais bien qu'il y ait des enfin y a des normes, des
480 protocoles, etc, mais pas trop non non plus hein, surtout si c'est ça qui va commencer à
481 diriger les méthodes de fonctionnement et puis. Et puis. Et puis comme dirait l'autre, le
482 pognon dingue qu'on va mettre là-dedans, moi j'aimerais bien qu'on évalue tout ça.

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

483 **CDS4:**

484 Et le pire c'est que par exemple, Madame B , ingénieur qualité, tout ça bon très bien, mais
485 logiquement légitimement, regarde le truc, le questionnaire de satisfaction, on est en
486 psychiatrie. Un jour, tiens, il dit, faut faire des campagnes de questionnaires et tout ça
487 machin, je dis, nous on en fait une par an, Ah ouais, non, il en faudrait 4 par an, non, on
488 en fait une par an, Ah si, si, il en faudrait 4 par an, Ah non, une par an, bon, 2 par ans ,
489 non, une par an, 2 par ans , une par an, je dis, mais écoutez, vous voyez le rythme où va
490 l'institution hospitalière c'est à dire que c'est un mammoth.

491

492 D'accord, Euh, vous mettez des questionnaires de satisfaction à disposition. Bon, déjà
493 faut réussir à les lire, les trucs il faut avoir l'envie de les lire, mais Euh, tu vois bien le
494 temps que ça prend et tout ce qu'il faut mobiliser pour que quelque chose évolue. Donc
495 quand bien même t'es bah ça n'empêche que tu demandes la satisfaction tu dis bah voilà
496 quelqu'un a relevé un problème, c'est pas en 3 mois que ça va changer.

497

498 Ça va prendre le temps avant que ça change. Donc moi je vais pas exposer les soignants
499 et leur dire tenez, donnez des questionnaires de satisfaction parce que là quelqu'un est
500 un petit peu un petit peu sur un versant persécutable voire plus, c'est à dire mais. Bon
501 vous m'avez donné ça. J'ai dit ça il y a 3 mois, il y a rien qui a changé là-dedans et qu'est
502 ce que tu veux que je fasse ? Le pire étant que si je commence à faire les questionnaires
503 de satisfaction 4 fois par an comme ça, Ah bah on peut être se retrouver avec tout ça
504 de questionnaire de satisfaction. Donc le service va se retrouver submerger le
505 questionnaire de satisfaction.

506

507 Du coup on va pouvoir répondre encore moins parce que ça va prendre encore plus de
508 temps c'est complètement fou. Sauf que au bout d'un moment, les gens du service qualité
509 vont aller voir Monsieur le Directeur, Monsieur. Euh là moi je tiens plus, là je suis
510 submergé par les questionnaires, il faut me renforcer, il faut embaucher hein ? Donc le
511 directeur? On va dire Bah oui c'est vrai, vous avez des indicateurs et tout ça. Ah oui c'est
512 vrai. Et donc on va retirer encore ou on va attribuer encore plus d'argent?

513

514 À ça ? Ce qui n'est pas le cœur de métier de l'hôpital. Donc tout ça, ça se fait au détriment
515 de quoi tout ça? Bon, et la boucle est bouclée. Moi j'ai rien contre les gens
516 personnellement, mais dans ce qui est fait, dans ce qui est mis en œuvre. La sécurisation
517 des lieux. Dis moi ce qu'apporte le Monsieur qui ouvre les coffres des voitures et qui passe
518 son temps toute la journée dans la Guitoune?
519 Euh, mais ça je suis désolé, c'est de l'argent, il y a pas assez de contenance. Y a moins
520 de soignants, y a de l'insécurité et ça je dis pas qu'avec plus de mais moi j'ai connu des
521 périodes où on utilisait pas le dispositif de chambre d'isolement comme ça parce que
522 parce que des équipes étaient plus fournies, des espaces, voilà puis un contexte social
523 ou général qui était moins précaire ou je ne sais quoi. Donc tout est lié.
524 Mais en tout cas le fait , d'aller dire à un agent de sécurité qu' ils ont fait un cas complexe
525 l'autre jour sur les histoires de drogue et tout ça machin mais qu'est ce que tu crois que
526 c'est le gars, le pauvre gars qui se retrouve dans la Guitoune là qui va détecter en ouvrant
527 le coffre des soignants quand on se fante avec les moi je veux bien je vais travailler le
528 week-end de garde, qu'est ce que vous venez faire ? Je vais travailler. Bon d'accord,
529 même les bagnoles de service c'est quand même marqué dessus quand même donc c'est

Retranscription de l'entretien avec CDS4, cadre de sante en extrahospitalier
responsable CMP-HDJ-CATTP (15 ANS D'EXERCICES)

530 des professionnels. Enfin l'oignon est fouillé, ça donne quand même une sacrée ambiance
531 là-dedans hein. Juste.

532 **MOI:**

533 Ouais c'est juste, mais pour finir là tu revenais sur quelque chose par rapport aux
534 chambres d'isolement et qu'en termes de soignants il y'en avait plus. avant qu'est ce qui
535 fait qu'il y en a moins maintenant.?

536 **CDS4:**

537 Des soignants? Alors ça c'est un chapitre, mais il me faudrait beaucoup plus de temps.
538 C'est cette évolution catastrophique de la formation. Ouais, c'est à dire que pour ce qu'il
539 veut. Sur la psychiatrie, mais on peut étendre au sens plus large. Maintenant ils vont à
540 l'université, ils vont apprendre l'anglais. En tant qu'infirmière, tu causes beaucoup anglais.
541 Moi je m'amuse à causer Anglais avec les collègues au secrétariat ou quoi ? Non mais
542 voilà.

543 **CDS4:**

544 Mais c'est l'université ou je sais pas quoi, qu'est ce qu'on a à faire de ça ? La fonction , je
545 reviens sur la fonction infirmier, c'est une formation professionnelle, c'est tout. Quand on
546 voit des étudiants en stage qui viennent en 3e année, c'est leur premier et dernier stage
547 de psychiatrie. Il va falloir sortir les rames pour les accueillir et les former déjà leur donner
548 l'envie de travailler là-dedans. Il y a pas longtemps j'ai vu une étudiante en bas au CMP.
549 Première fois que j'entendais ça elle disait elle avait des collègues de formation, elle était
550 en 2e année je crois qui envisageaient de faire la formation, de terminer la formation pour
551 avoir le diplôme histoire d'avoir un diplôme et puis de peut être de faire une équivalence
552 ou je ne sais pas quoi mais avec intention au vu de comment ça se passait dans le milieu
553 hospitalier en stage avec intention de ne pas travailler, tu te rends compte où il faut arriver
554 pour faire ça ?

555 **Moi :** Et t'as pas creusé un peu plus pour savoir qu'est ce qui se passe ?

556 **CDS4:** Bah non parce qu'elle me relatait le point de vue d'une de ses collègues. Non
557 mais parce que ça c'est ça. C'est le pire que j'ai entendu parce que ce que j'avais entendu
558 quelques temps auparavant c'est qu'il y en a bon nombre qui au bout d'un an arrête leur
559 formation. Et là où je me disais Oh là ça devient vraiment catastrophique. Mais il y a
560 toujours pire, c'est à dire le pire c'est qu'il y en a qui vont jusqu'au bout en disant Je fais,
561 j'ai le diplôme mais j'exercerai pas, c'est quand même, c'est quand même dramatique.

562 **CDS4:**

563 Et ces étudiants là vont peut être prendre la place de valeureux d'autres étudiants qui
564 auraient peut être pu faire la formation. Voilà ça reste une formation professionnelle, faut
565 pas alors avoir des perspectives d'IPA et d'être le petit docteur du coin ou je sais pas quoi
566 mais.

567 **Moi:**

568 Bon écoute, je voulais te remercier, merci beaucoup on va arrêter la. merci

1 **CDS 5 :**

2 Oui je le suis d'accord

3 **MOI :**

4 Merci, Tout d'abord, depuis combien de temps exercez-vous en tant que CDS ¹?

5 **CDS 5 :**

6 Donc environ quasiment. ET bien, enfin bientôt 5 ans cet été,

7 **MOI :**

8 D'accord ? Et en termes d'effectifs soignants, vous en avez combien sur votre unité ?

9 **CDS 5 :**

10 Alors, Là, pour le moment, Les cadres qui qui sont actuellement enfin des. Il y a des
11 postes vacants de cadres, donc si je fais une moyenne globale environ. Je dirais entre à
12 peu près 25 – à 30 ETP soignants confondu, infirmiers, Aides-soignants. Premier alors,
13 infirmier, Aide-soignant, ergothérapeute aussi. Et ensuite on a une délégation de notre
14 médecin chef de pôle pour certains éducateurs spécialisés, les médiateurs de santé
15 pairs. Voilà donc c'est à peu près à peu près. Voilà les professions, c'est ça : C'est
16 infirmier, ergothérapeute. Aide-soignant, oui, on aussi Médiateur de santé paire,
17 éducateur spécialisé.

18
19 **MOI:**

20 Ok, superbe. Dans cet effectif, avez-vous plus de jeunes professionnels ou de plus
21 âgés ?

22
23 **CDS 5 :**

24 Je dirais plus des professionnels confirmés donc c'est à dire plutôt ancien je dirai 5 à 10
25 ans de diplômes et puis jusqu'à des gens qui sont proches de la retraite.

26
27 **MOI : FIDELISATION**

28 D'accord, Qu'est-ce qui, selon vous, incite les soignants à rester dans votre service ?

29 **CDS 5 :**

30 Alors je dirais en premier lieu quelque chose qui est assez impalpable, qui répond. À ce
31 que sans doute les gens ressentent, mais qui ne qui n'est pas défini par des critères très
32 objectifs, je dirais que c'est l'ambiance. Voilà la qualité de l'ambiance, donc ce ne sont
33 pas vraiment des choses qui sont quantifiables, mesurable, mais évidemment. Il y a les
34 effets positifs d'une ambiance sont portés par notamment des projets qu'on met en place
35 et une dynamique. Dans le travail donc, c'est à dire le fait que les agents, les salariés
36 ressentent que leur quotidien de travail. On peut peut-être ressemblant de jour après jour.
37 Enfin en tout cas, ***il y a une base qui est commune, qui est, une routine avec des***
38 ***tâches qui leur incombent de manière quotidienne, mais à l'intérieur de leur***
39 ***semaine ou du mois qui se passe. Et Ben il va y avoir des peut être des réunions, ça***
40 ***peut être des projets X ou y, des engagements qu'on leur propose de auxquels ils***
41 ***peuvent participer et il va y avoir des temps sur lesquels ils vont avoir le sentiment***
42 ***que ce n'est pas comme tous les jours. Et voilà suivant leur engagement.*** Respectifs
43 hein, ce n'est pas obligatoire. Ce sont des choses qui sont valorisées, qui sont portées
44 par l'encadrement et puis la stratégie du pôle, du service, les personnes vont pouvoir s'y
45 inscrire et puis avoir ce sentiment d'appartenir à de participer à cette dynamique là et

¹ CDS : cadre de santé

d'appartenir à une identité de pôle qui correspond à leur identité professionnelle, qui répond à leur propre valeur. Je crois que , Il y a vraiment un parallèle entre le fait de redonner du sens au boulot, dans son quotidien et qui répond aux valeurs et à une éthique professionnelle. Qui a été construite par les agents et sur lesquels il souhaite ne pas renier.

Moi :

D'accord, vous avez parlé d'engagement tout à l'heure ? L'engagement par rapport à quoi plus exactement ?

CDS 5 :

L'engagement. C'est vrai que c'est quelque chose qui est très subjectif parce qu'une personne on va dire en tant que cadre de santé. Quand on manage une équipe, on a le sentiment que suivant les personnalités des personnes et puis leur qualité mais aussi leurs compétences, leur engagement peut être variable. Mais du point de vue de l'agent ou de l'individu, lui, il va avoir un sentiment différent, donc c'est aussi quelque. Chose qu'il faut apprécier, c'est-à-dire que on peut, en tant que hiérarchie, apprécier un engagement et considérer que d'autres l'ont de manière un peu moins visible, quand bien même l'individu se sent pour le coup très engagé et qu'il a le sentiment que c'est plutôt invisible. Donc il y a. Je dirais que l'engagement, si on doit le quantifier en tant que cadre, si on doit le mesurer, c'est le fait participatif, c'est-à-dire des personnes qui vont être. On va dire globalement enthousiaste à l'idée que le travail peut. S'avérer changeant, s'avérer dynamique, s'avérer on va dire enrichi par tout un tas de choses. Ça pour moi c'est là, que je pourrais apprécier l'engagement d'une personne. Et alors à contrario, si je prends l'effet inverse parce que je vois très bien le comment ça peut, comment on les coupe en avoir pour enfin dans les équipes. Dans laquelle j'encadre. Certains vont dire, Ben moi, mon engagement, c'est parce que je maintiens cette continuité. Je maintiens cette présence, ça peut être aussi la l'effet présentiel et que je maintiens ma rigueur, que je que je considère être engagé.

MOI : TRANSVERSALE FIDELISATION //GENERATION

D'accord, et d'après vous et votre expérience, qui reste dans votre service, les plus jeunes ou les moins jeunes ?

CDS 5 :

Alors moi j'ai un peu cette chance et qu'actuellement notre pôle qui a été reconstruit à la suite d'une grosse crise institutionnelle y a environ 4 ans, on est un pôle qui est très attractif au sein de notre GHT. Alors c'est porté évidemment porté par des éléments charismatiques, c'est à dire que la présence du management de pôle aussi bien. Côté médical donc, le chef de pôle est aussi bien du côté cadre de pôle, et cadre soignant, donc les paramédicaux on va dire une vision commune mais développe aussi des axes stratégiques. Les projets médicaux et notre cadre de pôle pour les projets paramédicaux. . Donc ça, c'est un premier, un truc.

Ça c'est quoi la question ? Baya j'ai oublié là ?

Moi :

Alors la question c'est selon toi qui reste dans ton service ? Plus les jeunes ou les moins jeunes ? Si oui pourquoi ?

CDS 5 :

Si tu veux le fait que y est des projets qui répondent aussi aux corps, aux métiers, les personnes ont l'impression donc du coup d'avoir ce sentiment comme je te disais tout à l'heure, par rapport à l'engagement, par rapport à la dynamique de l'équipe, dans une dynamique de travail correcte, voilà quelque chose qui n'est pas stagnant. Et finalement on a peu ou très peu de départs.

Les départs qu'on il y'en a, bah c'est pour des projets personnels, déménagements. Voilà les trucs comme ça quoi. On n'a pour le moment pas de départ, des gens qui partent pour des raisons qui s'opposent aux managements ou qui s'opposent aux services ou qui considèrent que le ça n'a plus de sens quoi. Donc moi je n'ai. Pour l'heure en tout cas, sur notre pôle, y compris en hospitalier, on n'a pas de départ. On a réussi plutôt le à attirer des profils et à augmenter, on va dire, des gens d'autres secteurs, parfois de l'établissement, parfois de recommandation d'autres hôpitaux. Donc on a aussi des gens qui viennent. Qui viennent puisqu'ils ont entendu parler que ce n'était pas trop mal dans notre pôle, donc on a des transfuges et puis on a des gens qui viennent se renseigner pour muter.

Moi :

Donc c'est comme ça que vous les fidéliser finalement ?

CDS 5 :

Ouais alors fidéliser. On va alors aussi dans le Nerf. Je parle par rapport aux paramédicaux, on va énormément à puisqu'on a des effectifs qui sont pour le coup pas trop en difficulté maintenant alors qu'il était il y a quelques années manière très même. Très assez grave hein pour le moment. Donc ce qu'on fait d'emblée, nous, quand on recrute, entre cadre avec la cadre de pôle. On fait souvent des entretiens communs et on propose. De participer à la vie du pôle en ayant une transversalité, voilà ça, c'est quelque chose qui sur lequel on fait des propositions.

C'est-à-dire qu'on demande aux personnes de faire un tour de pôle dès leur arrivée pour donc du coup regarder les différentes organisations des unités fonctionnelles du pôle et d'avoir aussi une vision globale de leurs futurs interlocuteurs. Comment ça fonctionne ? Qui sont ces personnes ? Etc . Et puis aussi de pouvoir être repérée et de se dire que dans ce tour de pôle d'imaginer possiblement et ça sera porté par le management, ça sera favorisé une autre, une activité secondaire quel soit. Et là je ne vais pas développer parce que je pense, ça va être trop long, (sourire) mais de permettre à quelqu'un de l'intra de faire de l'Extra et de proposer aux gens de l'extra d'avoir une autre activité, soit sur une autre unité d'extra, soit de faire aussi de l'intra.

Moi relance :

D'accord, tout à l'heure tu disais qu'il y a eu un moment il y a quelques années un manque d'effectifs et c'était à quelle période À peu près ? qu'est ce qui s'est passé pour qu'il y ait ?

CDS 5 :

Le manque d'effectifs ! très simple, disons que le pôle où je suis pendant très longtemps a été un pôle. Plus ou moins novateur mais qui a vécu sur ses acquis. Voilà avec un

personnel médical qui a très peu bougé et finalement comment dire ça ? Des pratiques professionnelles qui ont été un peu arrêtées dans le temps entre guillemets, bien que ce pôle-là était extrêmement novateur dès le départ sur la « réhabilitation psychosociale ». Voilà, c'est un service de pointe, mais finalement les choses se sont un peu arrêtées. Et puis le chef de pôle est parti en retraite et il y a un nouveau chef de pôle qui a été mis en place. Et lui, il a beaucoup tout rebouger, à planter des graines qui ont germé mais a créé une crise institutionnelle très grave. Donc les soignants sont partis car ne se retrouver plus dans leur travail voilà et tout le personnel médical aussi, il a fait venir d'autres personnes et ça a été un chaos absolu que je n'ai pas forcément beaucoup connu puisque j'étais à l'époque, à l'école des cadres, mais que j'avais connu juste auparavant puisque j'avais été mis faisant fonction sur ce même pôle avant de passer le concours. Enfin au moment où j'ai passé le concours, donc j'ai vu des choses un peu à distance. Et puis cette crise institutionnelle a été très loin puisqu'on a eu le CGLPL² qui est venu constater des manquements très graves en intra hospitalier. Par des soignants qui finalement avaient décidé de déclarer la guerre aux changements. Et voilà. Donc ça a été de mal en pis. Beaucoup de personnes sont parties, des gens très mauvais sont partis et ça a été salvateur pour le pôle. Les gens très bons sont partis aussi et ça a été aussi salvateur pour le pôle parce que. Finalement, ils représentaient trop l'image du chef de pôle qui travaillait à ce moment-là et voilà. Et donc ça crée une crise institutionnelle très grave et la direction a pris le parti de les virer. Voilà de virer ce chef de pôle, de virer la cadre de pôle et de laisser un peu une jachère comme ça. Dans le service, avec beaucoup, beaucoup de gens qui sont partis, des infirmiers, des médecins, si bien qu'on avait 2 unités intra et une qui fonctionnait qu'avec 100% d'intérim.

Enfin, et donc le nouveau chef de pôle est arrivé en 2021, donc moi je l'ai vu arriver. J'étais cadre à ce moment-là, déjà diplômé. Quand je l'ai vu arriver, il y avait des médecins intérimaires en intra. Il y avait 5 médecins temps plein. Sur le pôle alors que maintenant ils sont 21.

Moi : sens au travail

D'accord, C'est énorme, quelle chance !! Donc pour revenir aux questions d'après ton expérience, qu'est-ce qui semble donner de la satisfaction et de la cohérence aux soignants dans leur mission quotidienne ? Hormis ce que tu m'as, et que tu m'as cité avant. ?

CDS 5 ::

Donc ouais alors, on passe par l'ambiance mais c'est **surtout sur le sens** je crois et sur le partage c'est à dire que le fait qu'il y ait du coup différentes professions qui cohabitent, différentes générations qui cohabitent, **les jeunes demande plus de sens, plus de souplesse, moins de contrainte**, mais une fluidité interpersonnelle et interprofessionnelle qui est demandé, souhaité ainsi instiller, dans le pôle et avec des personnes qui ont des personnalités ou du charisme qui vont favoriser aussi cette fluidité. et donc dans les équipes, Eh Ben il va y avoir, on va dire une certaine forme de cohésion. Euh, du fait que le travail, la fonction travail est cohérente. Avec des valeurs communes partagées, je dirais ça. Des choses qui sont. Un peu, j'allais dire confraternel, mais c'est

² CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

à dire des personnalités qui finalement s'entendent bien. Voilà les gens qui passent un peu plus de temps avec leurs collègues en dehors du travail. Donc qui noue, il noue des liens, on des projets communs qui font des bébés, etc ..., Voilà, c'est un peu ça qui.

Moi Relance :

TRANSVERSAL SENS AU TRAVAIL

ok d'accord, tu parlais tout à l'heure de différences générationnelles qui cohabitent mais comment ils arrivent à cohabiter ensemble ? Du coup, hormis. De se voir à l'extérieur parce que on est bien au clair que les générations sont différentes ? et les amènent à avoir des objectifs différents et une vision différente. ?

CDS 5 :

Ben disons, je trouve que en tout cas, ***dans l'intergénérationnel, c'est-à-dire le fait de que les générations cohabitent ensemble, que souvent les baby-boomers, donc les personnes qui sont plutôt seniors. En tout cas ceux qui sont actuellement dans le pôle. Mais. je pense d'une manière générale, ils ont surtout à cœur de transmettre.*** En tout cas ils ne sont pas résignés, à considérés comme sachant et n'ayant plus rien à dire ni à prouver. Ni à transmettre à qui que ce soit. Donc on utilise surtout ces personnes-là pour pouvoir, en effet tutorer aider les nouveaux arrivants. Donc ça fonctionne très bien. Surtout que les nouvelles générations, là ceux qui sortent des écoles, les 25 ans. Allez, peut-être 30 ans sont assez friands comme ça de ce partage d'expérience. Voilà cet échange-là je trouve que ça fonctionne pas mal.

Ce ***qui sont plus à vrai dire plus difficiles je trouve ce sont surtout les QUADRAS. Et voilà, ces personnes qui eux on va dire une certaine expérience ont vu. D'autres ont aussi été peut-être lassés des dernières années, avec des difficultés dans les services très criantes et qui sont un peu résignés sur le fait que les choses. Continue à être positif dans la durée. Voilà, ils sont un peu plus, on va dire, centrés sur eux-mêmes et. Un peu méfiant, un peu plus méfiant sur l'ambiance et sur la cohérence, la cohésion. Parce qu'ils ont été déçus à un moment où ils étaient en pleine progression*** dans leur carrière professionnelle, par le contexte de l'hôpital, la pénurie des effectifs, le COVID, etc .

Moi : MOTIVATION

Et comment tu arrives à remotiver ces « quadras » qui sont un petit peu un peu à part comme tu le disais ? Et qui sont déçus de l'institution et de tout ce que tu viens de relever en tant que cadre à aller rebooster dans leur travail et finalement à les faire impliquer au-delà des tâches journalières. Parce que là finalement, je comprends qu'eux ils travaillent, ils font ce qu'ils ont à faire et basta ?

CDS 5 :

Ouais, c'est un peu ça. Ben alors moi ce que j'essaie c'est de leur redonner du sens Alors ce que j'essaie de faire c'est que j'essaie de les inclure, j'allais dire j'essaie de les inclure dans mon taf, un peu quoi. C'est à dire que pour les remotiver je leur donne souvent des références alors pas forcément des références obligatoires, c'est à dire quand il me faut un référent. Pharmacie, ça sera à toi. Mais j'essaie de trouver un truc qui peut les intéresser. Je ne sais pas, si ce sont les familles qui les intéressent ou alors ils aiment bien l'organisation du temps de travail, les trucs que sais-je. Et j'essaie de leur dire que notamment dans le cadre d'entretiens, pas forcément les entretiens annuels ou je les vois qu'une fois souvent sans forcément que cela soit un rendez-vous, mais quelquefois

je prends le temps quand une personne vient me voir ou que je suis attablé à côté d'elle qu'on est un peu tous les 2 comme ça. Ben **je prends un peu de temps pour discuter. Et puis je les fait parler sur le leur ressenti global de leur taff**, peut-être de l'équipe d'une manière générale sans forcément nommer les personnes, comment ils sentent le truc et ce qu'ils partagent un peu l'enthousiasme que j'ai ou la critique qu'on fait, ou qu'est ce qui est très ennuyant en ce moment et qui fait que ils sentent que c'est bloqué. Bon, des choses comme ça, j'essaie de désamorcer les choses et à partir **de cet entretien là un peu informel, je leur propose un peu les actualités quoi, c'est à dire voilà en ce moment il se passe un peu des trucs comme ça sur le pôle. Tu vois, là on est en train de travailler sur la journée de pôle ou que sais-je, sur une documentation** ou sur la montée d'une équipe, suite à la mise en **place d'un hôpital de jour borderline, etc ... Et je leur dis y a des projets en cours. Toi, est-ce que ça t'intéresserait ? Est-ce que tu voudrais aller au comité d'éthique ? Ce que tu ne voudrais pas ? dans l'hôpital, Il cherche quelqu'un qui veut travailler sur le projet lambda**. Est-ce que ça ne t'intéresserait pas ? Oui non quoi. Et donc je remobilise ces gens-là pour leur dire que pour pas qu'ils aient le sentiment de se sentir enfermés et déçus blasés, mais qu'ils peuvent-ils peuvent continuer à avoir le sentiment que. Ben que ce jour peut être aussi tout aussi intéressants que ceux d'hier,

Moi : LA MOTIVATION

D'accord, D'après ton expérience et selon toi, quelles sont les raisons qui poussent un professionnel à partir ?

CDS 5 :

Ouais. Moi je pense que la perte de sens. À la perte de sens, c'est à dire que on a un parcours professionnel, on se le construit. Alors quelquefois on fait des mauvais choix, on entend dans des services qui. Sur lequel on avait imaginé que cette ça serait un travail comme ça. Puis c'est pas du tout ça. Et donc tu as plein de personnes qui, je crois ce qui est le plus en **ce qui est vraiment, la Petite violence du quotidien au jour le jour, qui comme ça et qui grappille le moral, grappille l'enthousiasme, grappille l'initiative** et les engagements. C'est la perte de sens, c'est à dire que je ne sais pas. A typiquement., veut-il veut encore travailler, veut-il voir des patients plus ou moins en crise, il veut travailler en équipe, etc. Et puis. L'agent se rend compte que, en fait, il passe son temps au téléphone à gérer des services supports qui déconnet. On lui demande plein de trucs à faire alors que ça devrait être pas forcément à lui de le faire le taf. Donc il a le sentiment de d'avoir une gestion totale qui lui revient. Alors quand bien même il pensait surtout s'occuper des patients, surtout s'occuper des projets, surtout faire des trucs. Avec les médecins et que ça et que c'est plus ça qu'on lui demande. Donc ça typiquement, notamment en intra hospitalier, c'est ce qui bouffe les personnes et font que les gens se disent bon bah moi je ne vais pas continuer à me lever à 06h00 du MAT, à 05h00 du MAT, faire autant de route, bosser les week-ends. Donc, alors que je préférerais rester avec mes gamins pour un travail qui pour moi le travail n'a plus de sens quoi ? Donc je trouve que c'est typiquement ça. Et moi je dirais, c'est quasiment ça quoi, qui fait que les gens partent. C'est la perte de sens, la perte, **la perte de repères par rapport à leur métier, quelque chose qui fait qu'ils sentent que leur valeur professionnelle, leur éthique. Et bousculer et que ça ne répond plus du tout à leurs attentes, ils ont l'impression qu'il c'est quoi cette profession, c'est quoi ce «j'ai touché le plafond de verre de mon**

métier si vite », comment ça se fait quoi, Donc je vais voir ailleurs pour voir si je peux remobiliser mon diplôme ailleurs.

MOI relance :

D'accord OK sinon toi en tant que cadre de santé, quelle action tu mets en place pour accompagner les nouveaux Arrivant de leur intégration dans une équipe.

CDS 5 :

Typiquement je t'ai parlé tout à l'heure, je fais le tour de pôle. Bah ça c'est quelque chose que je propose et que je planifie tout de suite ça, De plus, je laisse un peu la personne on va dire arriver sur le pôle et puis typiquement. Elle va faire ses expériences un peu ailleurs. Elle va rencontrer ses collègues et tout ailleurs ensuite bah souvent, on propose aux nouveaux arrivants. Donc cette transversalité tu l'as bien comprise. Et puis moi je fais des points réguliers avec les jeunes, les jeunes arrivants. Alors ça peut. Ce n'est pas forcément que des jeunes hein, mais je leur dis que, en général, je les verrai tous les mois ou tous les 3 mois si elle le souhaite. Pour faire un petit point d'étape sur leur ressenti, sur comment ils se sentent, qu'est-ce qu'ils aimeraient faire, qu'est-ce qu'ils aimeraient bouger ? Ce qui finalement les contrarie. Qu'est-ce qui fait qu'il trouve ça super sympa ? Et comme je te disais tout à l'heure, un peu comme des la manière des entretiens informels, Ben je leur propose des fois des de mettre des trucs en place. De participer à des choses et d'autres et je trouve que ça, ça a un effet. Rassurant pour ces jeunes-là. Et puis et on va dire la gestion de l'équipe d'une manière générale, qu'elle y participe souvent et en étant tutoré. Les choses comme ça.

MOI :

Donc tu as donc si je résume ta stratégie de motivation, est identique ou elles différentes, que ce soit un professionnel ancien ou nouveau arrivé. ?

CDS 5 :

Ouais pareil, **je dirais la même chose pareil, mais subtilement d'accord**, voilà, je vois les personnes en tête là et je fais pareil, je fais quasiment pareil, voilà après **on sent bein, suivant les personnalités et les gens, on sent ce vers quoi ils veulent aller**, se veulent quoi, ils veulent pas du tout aller, donc ça après C'est l'expérience du cadre que je suis au quotidien, qui fait que Je comprends un peu la temporalité des personnes, voilà là où ils en sont et là où il faudrait un peu les aider ou pas, quoi, ou les laisser tranquilles, voilà.

MOI : RECONNAISSANCE

Selon toi la valorisation des compétences et les efforts des collaborateurs apportent quel sentiment auprès de tes équipes ?

CDS 5 :

Tu peux un peu formuler autrement la question ?

MOI :

Selon toi, la valorisation des compétences et les efforts de tes collaborateurs apportent quels sentiments ?

CDS 5 :

C'est plutôt, quelque chose de subjectif, Le fait de les valoriser dans leurs compétences, je trouve qu'ils développent des spécificités, tu vois ? Par exemple je ne sais pas, j'ai mangé en tête à tête avec un infirmier qui est complètement limite, un peu obsessionnel, ne faut pas trop, que les chose bouge et tout quoi. Et lui le fait que je lui ai donné notamment la référence pharmacie à faire et l'organisation quelque part du planning. Bein lui, ça lui, ça lui a donné sentiment que. Euh il est fait autre chose de son quotidien, ça la valorisé et j'ai l'impression d'avoir pas forcément donné les missions de cadre ou pseudo pharmacien mais d'avoir ce sentiment que bah Il était une pièce importante du puzzle de l'équipe. Je pense à d'autres qui ont pris des engagements auprès des équipes mobiles. Donc ils partagent leur temps dans une forme de transversalité, leur temps sur la géronto-psy et enfin et d'autres choses. Je ne vais pas rentrer dans les détails. Enfin, Cet atout d'être pas non plus le référent. Mais ils ont ce sentiment comme ça d'être une pièce du puzzle de l'équipe.

MOI :

Enfin, pour finir, selon toi, le fait de faire savoir aux soignants que leur travail est apprécié est-il de nature à augmenter leur implication ?

CDS 5 :

Oui, ***Si, c'est fait de manière authentique, parce que si c'est pour leur dire bravo. Tu vois et leurs faire des pouces comme ça alors que ce n'est pas le moment et que ce n'est pas bienvenu, ça sonne complètement faux*** donc je trouve que oui il faut valoriser ça mais souvent je me questionne ? Les équipes ont besoin d'être valorisées. C'est sûr, mais de manière individuelle, certes les personnes doivent être valorisées Elles ont besoin d'avoir comme ça de temps à autre le sentiment que bah le cadre ouais dire c'est cool quoi. Merci quoi. Ben vraiment voilà, très bon taf et tout. Et puis ils ont parfois le besoin aussi que l'équipe entende que d'une manière générale. Leur fonctionnement est satisfaisant ou bon ? Voilà, je oui, excellent, peu importe, ça dépend des situations. Donc il y a il y a ces 2 trucs là en équipe, ***ils ont besoin d'entendre régulièrement que ça fonctionne, que c'est bien, que c'est satisfaisant et individuellement ils ont besoin d'avoir le sentiment que. On pousse bien que la hiérarchie pousse bien le fait qu'ils sont une pièce intéressante du puzzle.***

MOI, Relance :

Quand tu parles de sentiment par rapport aux soignants, ça te fait appel à quoi ? Pour toi, c'est à dire le sentiment, ?

CDS 5 :

Oui. Bah c'est encore une fois C'est un peu comme l'ambiance, c'est quelque chose qui est qui ne repose pas sur grand-chose en fait hein, c'est vraiment. Il y a un côté le sentiment, c'est le sentiment de d'avoir l'impression, c, ça c'est très subjectif finalement, ça dépend des personnes parce que les personnes qui vont dire ils vont pas du tout avoir le sentiment d'être important ou d'avoir une place et une position. Non, pas différente, mais peut-être pas essentiel non plus, mais une position on va dire. On peut dire ça ? Une position là je sais le terme hein, je suis désolé.

MOI :

372 Non mais il n'y a pas de souci.

373

374 **CDS 5 :**

375 *Je fais d'avoir le sentiment de de faire quelque chose, ça correspond aussi au sens.*
376 *Euh qu'on remet dans l'utilité de sa fonction, dans l'utilité de son quotidien, etc.*
377 *Donc avoir le sentiment d'être important, d'être un morceau du puzzle. Être en*
378 *adéquation avec le projet de service, le projet de l'unité, ce que demande le cadre. À*
379 *ça, ça ce n'est pas grand-chose, mais ça donne un petit peu de matière au sens que*
380 *l'on donne au boulot au jour le jour. Je ne sais pas si c'est très clair, mais ça fait un peu je*
381 *dirais parce que c'est vrai que le sentiment d'avoir le sentiment c'est très subjectif, ça*
382 *repose sur pas grand-chose là. Mais je dirais même quoi ? Le sens du le sens que l'on*
383 *donne au travail, ça c'est très subjectif aussi hein. Les gens qui vont être en se disant Bah*
384 *moi je donne des médicaments, ça c'est le sens du travail. Et puis d'autres qui vont dire*
385 *bah non, moi je donne des médicaments. Certes, mais c'est surtout la discussion qui va*
386 *autour avec le patient qui me donne du sens. Donc le sens c'est très très subjectif, et en*
387 *tant que cadre il faut savoir. Pencher vers l'un et vers l'autre, mais pas que de mais*
388 *pas que dans un sens, pas que dans pas que sur un versant. Parce que sinon. Les*
389 *équipes, elles se sentent clivées, vont avoir l'impression d'être. Voilà le cadre. Ils*
390 *préfèrent penser à rien, celui qui fait qui dit oui tout le temps. Alors que nous on a de*
391 *l'expérience et que en fait on ne dit peut-être pas oui tout le temps, mais en fait on est là.*
392 *Enfin y a vraiment. Il y a un truc comme ça qui fait que. Mais sans c'est éminemment*
393 *subjectif quoi.*

394

395

396 **MOI : CHOSE A Rajouter**

397 Ok d'accord. Est-ce que par rapport à ça t'avais quelque chose à rajouter ?

398

399 **CDS 5 :**

400

401 Moi, ce que je dirais, je prêche pour ma paroisse, mais je trouve que globalement pour
402 fidéliser les personnes et rendre attractif les choses. Je reviens un peu sur le terme c'était
403 sur l'ambiance. Je trouve que sur l'ambiance si on l'a on ne sait pas la quantifier comment
404 elle est, etc . Elle fonctionne sur vraiment un petit amoncellement de petites choses.
405 Quand on sent que les personnes sont détendues, sont souriantes, sont en capacité
406 d'être dérangées de se rendre plus disponible, on va dire à tout moment, même dans les
407 moments un peu compliqués, c'est là où on mesure que leur taf. et là, il donne du sens,
408 il a un sens pour eux et il est-il est incarné. Voilà, il est incarné et je crois que, en tant que
409 cadre notamment, on a une fonction comme ça un petit peu, c'est vrai. « Chef
410 d'orchestre », c'est vrai. Mais euh. Qui est à toute Proportion gardée, hein. On n'est pas
411 non plus des « magiciens », mais on a cette communication essentielle et de ce
412 sentiment-là d'énergie, d'engagement, d'enthousiasme et de disponibilité. Parfois les
413 équipes elles disent oui mais moi un cadre, il faut qu'ils soient disponibles. Bon alors on
414 n'est pas « corvéable à merci, » mais le fait d'être disponible c'est aussi montrer une
415 forme d'ouverture et une forme de finalement ? Donc je leur disais, moi je reste à la
416 disposition à être disponible., elle montre, elle montre le fait que les personnes sont bien
417 au boulot, sont fidèles à leur à leur table et ont le sentiment que ça, ça fonctionne, que
418 ça a du sens. Et je dirais que. Quand on en tant que cadre, quand on montre un peu

l'exemple et qu'on est dans ces disponibilités-là, sans dans cette ouverture, en disant on peut temporiser mais en disant en gros bah oui tu m'interpelles au besoin ; Là il y a un truc, on en discute où on temporise, on en discutait plus tard. Eh Ben le revers de la médaille, c'est que on peut aussi redemander. Des choses, nous les cadres aux agents pour d'autres raisons, hein ? Pour des raisons aussi qui peuvent être de recadrer, qui peuvent être de. De de de faire réexprimer les personnes sur des situations, etc . Bah quand on a cette c en tout cas cet échange-là possible, je trouve que on arrive à maintenir la cohésion de l'équipe, la cohérence du service, la cohérence aussi. Nous en tant que cadre de ce qu'on veut faire, ce qu'on n'est pas là juste pour rendre les gens bien à leur place et qu'ils font leur taf, on n'a pas que ça. On a aussi des objectifs. On veut emmener les équipes sur des projets et on veut qu'ils y aillent. Et puis on a des commandes aussi institutionnelles, il y a des choses qui bougent quoi. Donc on veut aussi que les équipes puissent. Garder enfin, puisse on va dire. Il peut évoluer, évoluer selon les besoins institutionnels, selon les besoins du pôle, selon les besoins de l'hôpital, selon leurs besoins aussi. Et je trouve que ça ce truc-là du fait de l'ouverture, de la disponibilité. Ça permet aux équipes de se dire Bah OK, je suis écouté. Euh suis écoulez ou j'ai déconné, je le sais, voilà. En tout cas on peut-on peut se le dire sans que ça soit la sanction, sans que ça soit arbitraire, sans que ça soit le sentiment que le Père Fouettard va arriver. Et ça, ça permet aux gens d'être rassurés dans leur quotidien de travail, d'avoir d'être serein. Et quand on est serein, bah On n'a pas peur quand le cadre rentre dans une pièce ou. Voilà. Mais on sait que on est, au travail. Enfin je dis-moi je suis un cadre plutôt avenant, plutôt sympa mais voilà je reste à ma place, je ne suis pas collée aux équipes et j'ai les attentes et j'ai les attendus je ne les oublie pas, je ne les rogne pas sous prétexte que c'est pas le moment. Parce que vu que je suis dispo et que je réponds. J'en attends aussi de même par rapport à la temporalité que je veux mettre en place de sur les projets d'équipe, etc..

MOI relance :

Me viens une autre une dernière question par rapport à ce que tu disais que les équipes sollicitent le cadre de proximité en disant qu'il faut qu'ils réellement qu'il soit là au quotidien. C'est plutôt quelque chose qui te vient des, des, des nouveaux soignants nouvellement diplômés ou c'est plutôt les anciens comme tu disais les baby-boomers ou quadras comme tu les citais tout à l'heure. ?

CDS 5 :

Ouais, moi je pense que ce sont plus les boomers, ça, qui ont cette attention, cette attente là ils ont certes fait leur carrière avec des cadres à tous les étages systématiquement. C'était même plus, un cadre de matin, un cadre de l'après-midi, un cadre. Enfin voilà. Donc il y avait cette hyper présence de l'encadrement. Cette très grande aussi verticalité. Qui était assez prégnante à une époque. Plus encore Parfois, il y avait des cadres, c'étaient les anciens collègues infirmiers qui étaient devenus des surveillants, etc .. Donc je crois qu'il y a un peu les 2 ; mais On sent des fois que moi des fois les équipes me demandent pas grand-chose et que c'est pas forcément beaucoup de choses à leur demander présentement à ce moment-là, mais le fait d'être présent, d'être, d'être, quelque part dans les murs où quelque part d'autre, mais qui ils s'en sachent, ils s'en soient informés, ça, les rassure, ça leur permet de voilà, d'être, de savoir que, Au besoin ou ils peuvent pousser la porte, ils peuvent téléphoner, ils peuvent faire. Voilà donc. Je dirais qu'au niveau générationnel, oui, les jeunes, ils ont besoin d'être un

peu, d'être cadrés, d'être « biberonnés » un peu au début, puis après généralement s'ils sont engagés et qu'ils trouvent du sens au boulot, ils sont hyper autonomes, hyper créatifs. Ça roule quoi. N'oublions pas que cette génération de jeunes est hyper connecté ils sont nés avec un téléphone à la main Et puis pour les anciens, les anciens eux ont ce besoin. Ça les rassure, notamment parce que Ben je crois que quand même le métier infirmier, ça, peut abîmer un peu. Et notamment avec les tous.

que veux-tu dire ? Comment ? Enfin vu comment l'hôpital a dysfonctionné ces dernières années ? Ben ils ont le sentiment que là, la pente peut être descendante sur une fin de carrière, alors que en fait finalement, normalement dans un projet professionnel, dans un parcours professionnel, on est sur une pente ascendante hein, on est, on n'est pas finir. Enfin les gens qui finissent en burn out ou en. Ou qui se sentent mises au placard ou harcelés. Là, c'est quand même le pire du pire, quoi, hein ? Bien sûr. Donc ils veulent rester tranquilles, certes, mais ils ont aussi ce besoin d'être assurés.

MOI Relance :

Juste pour rebondir par rapport à l'hôpital. Euh dysfonctionnant par rapport à quoi tu parles ? Pourquoi tu dis ça ?

CDS 5 :

Bah moi je dis, après c'est mon positionnement,

MOI :

Après oui c'est quoi t'a qui t'appartient qui est personnel j'entends

CDS 5 :

Moi je trouve qu'enfin l'hôpital si tu veux c'est « une vieille dame », alors, c'est pas du tout un terme une vieille dame dans ce sens où ? Ça, c'est une structure, une organisation qui n'a pas bougé depuis des années pour ça, moi. Je pense 50-60 ans quoi c'est un truc extrêmement rigide, très administratif. Si je m'en sens. c'est une organisation très fonctionnaire, très voilà, très comme ça et je crois que les attendus des nouvelles générations ça ne correspond pas du tout. D'où leur attrait pour l'intérim, Non pas que pour le travail, mais aussi parce qu'ils ont cette possibilité-là de ne pas épouser les organisations « de cette vieille dame ». Et je crois que le COVID a en effet n'a pas eu du tout cet effet coupe du monde. Tu vois quand un quatre-vingt-dix-huit l'équipe de France a gagné. Je crois que les clubs de foot ils ont-ils ont eu un nombre d'adhérents multiplié par 100 quoi. Tandis que là, le COVID, ça a montré surtout en lumière ce que les gens n'imaginaient pas de l'hôpital. C'est vrai ? Oui, des gens qui. Sont entre guillemets des héros hein ? Je ne crois pas trop. Mais bon quand même. Voilà, on se « sent sacrificiel » pour pas grand-chose. Ils font un beau métier, certes, mais bon, qui est qui est pas cher payer ? Et donc ça, qu'est-ce que ça a créé , ***il ya des soignants qui ne sont jamais vraiment revenus, après d'autres ils étaient la physiquement mais plus mentalement Ça a créé «une exode,» quoi.*** Un exode des professionnels verra d'ailleurs vers autre chose, vers d'autres dispositions professionnelles de leur quotidien. Mais l'hôpital ne s'est pas modifié pour autant parce qu'il ne peut pas. Enfin je veux dire c'est impossible quoi, on ne peut pas changer les horaires, on ne peut pas changer les organisations du travail parce que c'est comme ça et c'est comme ça que ça a été institué depuis 50 ans et ça ne peut pas bouger tu vois. Donc c'est ça qui dysfonctionne et qui fait que on n'arrive pas. Pour plein de raisons hein, mais entre celle-ci à fidéliser les personnes, on peut les attirer, mais les fidéliser c'est autre chose. Alors il y a la cible, contexte générationnel hein, voilà, après ça c'est un autre, c'est un autre point. Mais comment manager les nouvelles générations qui sont dans ce tout de suite et

maintenant ? Et puis cette lassitude. Facile et puis sur le fait que la vie privée prime sur la vie professionnelle, hein ? Moi je je je ne sais pas. Je me souviens que quand j'étais étudiant infirmier donc en 2000 et 2003, je voyais les vieilles infirmières dans les services qui avaient des valises sous des poches, des cernes sous les yeux et les divorcées et qui ne comptaient pas leurs heures. Et puis toute façon qu'ils les donnaient à l'hôpital parce que. À l'époque, les heures ça n'existait pas, elles sont coupées. Je me disais Ah ouais quand même, bon, moi je ne pense pas que je finirais comme ça, mais bon, c'est louable quoi. Et maintenant les nouvelles générations, elles ne veulent même pas en entendre parler quoi de ce genre d'infirmières ? il faut dire aussi qu'ils ont vu leurs parents infirmiers souffrir aussi pour certains Ce n'est juste pas possible de devenir comme ça, mais c'est juste qu'il faut pas faire quoi. Donc Voilà, je crois qu'il y a un des leviers, c'est de pouvoir sans mauvais jeu de mots, mais de pouvoir rajeunir un peu. « Rafrâchir la vieille dame quoi, » hein, qui est « vraiment une, un truc, une dame de fer quoi ». Un truc très rigide,

MOI Relance :

Et pourtant les lois pour revenir à cette « dame de fer ». Et pourtant les lois ont été quand même. Pas mal dans le changement, il y a eu en parlant d'argent, il y a eu quand même le Ségur.

CDS 5 :

Ouais, qui ? Oui, oui, oui, certes, certes, certes, certes il y a, mais en même temps, oui, oui, c'est sûr. Maintenant, le métier et le salaire infirmier, il y a entre celui que j'ai quand même pour lequel j'ai travaillé à partir de 2003, et celui 20 ans plus tard. Il est mieux, mieux, mieux payé. Mais. Mais quand même, d'une manière d'une manière générale, à diplôme égale à responsabilité égale le métier des métiers de soins de métier de soignant et notamment les métiers paramédicaux et notamment le focus, c'est vraiment les métiers qui sont auprès des personnes donc qui ont dans cette quotidienneté du lever du coucher des soins. La souffrance, etc ce sont des métiers qui sont quand même bon. Voilà qu'ont pas des taux horaires très intéressants quoi. Et je m'inclus dedans hein.

Les cadres de santé bien sûr. Très franchement. On a un taux horaire qui est le même Ça dépend des périodes et ça dépend des services. Mais il y a des cadres qui bossent comme des dératés pendant des semaines entières et qu'on a un taux horaire qui est encore plus faible qu'un ASH à l'hôpital Hein. Oui il bosse 45 h ou que tu veux 50 h ou que sais -je chez eux avec le stress et tout et ils sont payés enfin je veux dire 200€ ou 191 € de plus que les infirmiers ils ont un taux horaire mais ridicule. C'est même ce pourquoi c'est un métier qui est sur lequel il faut-il faut faire attention pour pas.

Tomber dans la souffrance, dans le burn-out, etc Quoi ? Bah tu sais,

Pour conclure, moi j'ai envie on réfléchissant par rapport à ce que tu disais. Probablement que cette nouvelle génération, comme ils ont vu leurs parents, eux-mêmes professionnels de santé, souffrir, ils ont plus envie de revivre. La même chose, hein ? Voilà, c'est le modèle sacrificiel. Ça OK c'était sympa sur le papier mais il faut me donner 2000€ en plus par mois pour que ça sinon ce n'est pas la peine d'où l'intérim hein. moi je le voilà quand tu travailles, je sais pas en 2000, dans les débuts des années 2000 quand tu travailles en intérim. Tu savais à quoi t'en tenir, hein ? Tu allais dans une Ehpad à 300 km enfin J'exagère à 100 km de chez toi, il y avait 80 résidents mourants et j'étais tout seul comme infirmier. Tu serres un peu les dents pour pas perdre ton diplôme parce qu'il y

Retranscription de l'entretien avec CDS 5, cadre de santé d'abord intra puis extra
hospitalier 5 ans d'exercice cds -1 an FFCDS

560 avait un risque d'erreur qui était juste monumental. Versus maintenant tu fais de l'intérim,
561 tu vas être dans un service lambda avec d'autres intérimaires ou avec d'autres équipes.
562 Bon t'as une quotidienneté, tu fais ton travail, tu fais juste qu'ils font, t'as pas forcément.
563 Trop d'engagements à respecter ? Tu t'en vas, tu fais ta taffe, ça va quoi ? Ce n'est pas les
564 mêmes, ce n'est pas les mêmes conditions d'intérim.

565

566 **MOI :**

567 je te remercie infiniment pour cet échange et le temps que tu m'as consacré avec toutes
568 cette riche d'échange . Je vais couper le micro.

ENTRETIEN CDS 6 – EN INTRA-HOSPITALIER 4 ANS D'EXERCICE

1 **CDS 6**

2 Je me présente, je m'appelle CDS 6, je suis, de formation infirmière, je n'ai pas exercé
3 en tant que faisant fonction. Je suis diplômé en tant que cadre de santé depuis 2020.

4 **MOI:**

5 Merci Vous avez un effectif de combien de soignants sur votre unité.

6 **CDS 6:**

7 Sur mon unité, l'effectif, normal est de 10 IDE. Actuellement j'en ai que 8 , 2 sont
8 encours de recrutements, 6 Aides soignants, 3 ASH, et 1 éducatrice spécialisée.

9 **MOI:**

10 D'accord, donc vous n'êtes pas en effectif plein puisqu'il vous manque 2 IDE?

11 **CDS 6:**

12 Oui, c'est exact

13 **MOI: QUESTION TRANSVERSALE**

14 D'accord et sur le personnel que vous avez, est ce que vous avez plus des
15 professionnels jeunes ou plus âgés? .

16 **CDS 6:**

17 La plus jeune, elle doit avoir quoi 23 ans, enfin Il y a tout les âges.

18 **MOI: FIDELISATION**

19 D'accord, et selon vous, qu'est ce qui incite les soignants à rester dans votre service?

20 **CDS 6:**

21 Bon, Alors Moi quant je suis arrive dans le service, il y'avait des departs à la retraite de
22 soignants, plus 2 congés maternités, Alors qu'est ce qui fait que les soignants restent
23 dans mon service? Et il y avait beaucoup de departs volontaires Donc on a tourné
24 beaucoup avec 4 IDE. et ça Tournai bien, avec bien sur des interimaire. Ceux qu'ils me
25 disent c'est **qu'ils se sentent bien** dans le **service, il y a une bonne ambiance** .
26 d'ailleurs j'ai failli recruter une intérimaire, c'est ce qu'elle m'a dit **quant elle est là, il y**
27 **a pas de pression**, le travail est fait **et que bah ça les motive au fait de venir** et les
28 soignants du service me disent que quant ils se lèvent le matin, ils disent pas qu'est ce
29 que je vais trouver? Ils sont contents de venir travailler avec les collègues. D'accord,
30 voilà.

31 **MOI:**

32 Mais vous finalement, qu'est ce que vous faite pour qu'ils se sentent bien?

33 **CDS 6:**

34 Bein, moi, **je leur fait confiance et surtout je leur dit** et je les laisse travailler et
35 s'organiser sur leur plannings car ici ils sont en 12H .

ENTRETIEN CDS 6 – EN INTRA-HOSPITALIER 4 ANS D'EXERCICE

36 **MOI: transversal**

37 Et selon vous et votre expérience, qui reste dans votre service, les plus jeunes ou les
38 moins jeunes et pourquoi? .

39 **CDS 6:**

40 Il y a pas d'âge défini, ça dépend, plutôt des personnalités des soignants et de leur
41 perspective d'avenir, malheureusement depuis la crise Covid le rapport au travail à
42 changer, la vie personnelle prend plus de place que la vie professionnelle

43 **Moi:**

44 Et qu'est ce que vous mettez en place pour les garder Alors?

45 **CDS 6**

46 J'ai pas des choses vraiment pour les garder. J'ai fait les choses parce que je me suis
47 rendu compte la nouvelle génération enfin Je vais dire les plus jeunes Qu'ils sont très
48 attachés. Plus, à leur paires . Je vais dire à leur groupe, aux collègues quoi et aussi
49 vraiment à institution. j'ai eu des entretiens avec certaines d'entre eux qui me disent que
50 de toute façon au départ ils étaient pas intéressés pour un CDI et ils préfèrent avoir une
51 petite expérience et aller voir ce qui se passent ailleurs.

52 **CDS 6**

53 C'est quoi qui les maintient vraiment dans le service, c'est quand ils créent des liens
54 avec des collègues.

55 **MOI:**

56 D'accord mais sinon vous qu'est ce que vous mettez en place? au-delà du fait que les
57 collègues ils s'entendent bien entre eux , parce qu'ils ne restent pas seulement pour les
58 collègues ?

59 **CDS 6:**

60 oui c'est juste, au fait J'ai remarqué aussi que ils aiment bien se sentir utile. Mais donner
61 du sens à ce qu'ils font, ils aiment pas quand ça bouge pas, en fait c'est leur mot . Donc
62 ils aiment bien mettre des choses en place, des projets, Donc j'ai mis en place des
63 référents pour les plannings et les activités. ils aiment bien être autonomes. La liberté,
64 l'agilité, autonomie, c'est des mots qu'ils mettent en avant en fait. Donc le fait de leur dire
65 Voilà, tu es référent de ça et ça les motive.

66 **CDS 6 :**

67 À faire des choses, mettre des activités en place parce que on a quand même
68 l'éducatrice qui fait pas mal de choses. Je leur ai dit le weekend éducatrice n'est pas là.
69 Vous pouvez aussi mettre des petites choses en place le weekend pour occuper les
70 patients. Donc ils mettent des petits projets, des sorties au cinéma ou des activités sur
71 place. Et ils disaient quand on fait ça on voit pas le temps passer donc ça aide aussi le
72 fait de mettre des petits projets en place pour les motiver. Parce que travailler en 12H
73 parfois celà fatigue.

ENTRETIEN CDS 6 – EN INTRA-HOSPITALIER 4 ANS D'EXERCICE

74 **MOI:**

75 D'accord, là, ils. Disent. Qu' ils voient pas le temps passer mais par rapport au patient,
76 est ce qu'ils voient un benefice pour le patient ou pas ?.

77 **CDS 6:**

78 Bien sûr, au moins ça évite que les patients. Tu sais, on a pas mal de patients qui
79 trafiquent dans le parc. Le fait qu'ils restent aussi dans le service pour faire des choses,
80 ça les évite aussi qu'ils descendent en bas, trafiquer Donc les bénéfices sont aussi là.
81 Quand je les vois faire des activités, ils sont vraiment focalisés dessus à ce moment-là
82 ça évite. voilà de traîner un peu dehors. Ils sont contents aussi de la production, de ce
83 qu'ils ont fait. ça les valorise. C'est valorisant pour les patients.

84 **MOI: question transversale**

85 OK, vous pensez que le la fidélisation, est identique entre les jeunes diplômés et les
86 plus anciens ? .

87 **CDS 6:**

88 Alors moi je sais pas, moi je me dis, qu'est ce que c'est que la fidélisation actuellement?
89 Avec avant l'histoire du COVID. Moi j'ai vu le changement depuis le COVID, la
90 fidélisation ancienne on va dire avant COVID et la fidélisation maintenant. Pour moi il y a
91 une évolution dans le sens. où ils ne sont plus attachés les jeunes à leur poste, ils
92 cherchent pas à avoir un poste comme leur parents ont eu dans le temps à vie; j'ai un
93 boulot s'est à vie jusqu'à la retraite. Eux c'est vraiment, comment je vais dire par
94 rapport aux jeunes, euh j'ai au faite les deux , les anciens, eux ils veulent vais
95 progresser, je vais évoluer, je vais faire ça, je vais faire ça jusqu'à la fin de leur carrière,
96 ils sont fidèles au poste.
97 Mais la nouvelle generation, il cherche pas vraiment à être fidélisée , selon moi il
98 cherche. euh, la liberté, l'autonomie, c'est comment t'expliquer? C'est vraiment il y a pas
99 d' attachement comme il y a quelques années. Euh, il faut que je te dise aussi Il y a une
100 crise d'autorité aussi, c'est pas leur problème, il faut que je fasse bien les choses pour
101 me faire voir. Non, ils veulent le cadre , mais laissez-moi faire ce que j'ai envie de faire,
102 c'est la liberté avant tout, ils cherchent pas plus à être fidèle. Parfois, j'ai impression
103 qu'ils se comportement, enfin ils ont un comportement comme ce qu'ils font sur les
104 réseaux sociaux, les réseaux sociaux au fait" le travail, Je passe, je suis de passage." Je
105 prend ce que j'ai a apprendre , ça va durer à peine un an et **on verra après**

106 **MOI:**

107 D'accord, vous parliez de crise d'autorité, c'est quoi pour vous ?

108 **CDS 6:**

109 La crise d'autorité, Mais parce que ce n'est plus. Euh. je l'ai dit avec mes mots, mais je
110 sais pas trop comment t'expliquer. J'ai remarqué ça. C'est pas le chef qui décide au fait
111 à ma place.

112 **Moi:**

113 D'accord,

114 **CDS 6:**

115 Ma vie m'appartient, moi j'ai vu à l'embauche en fait quand je reçois en entretien une
116 candidature, la première chose que l'on me dit "par contre est ce que je peux m'arranger
117 pour ne pas' faire des nuits? "Je peux m'arranger pour pas avoir a travailler le weekend?
118 "Ou je travaille seulement un week-end par mois". **Ils posent des conditions, dès le**
119 **départ. Au fait, c'est vraiment ça passe ou ça casse. moi je n'oserais jamais faire**
120 **ça. Quand j'ai commencé à travailler, jamais de la vie, j'allais m'adapter à**
121 **l'établissement, au service. pour les jeunes de maintenant c'est le contraire**

122 **Moi:**

123 D'accord .Donc. Pour vous, c'est la institution qui doit s'adapter aux jeunes?

124 **CDS 6:**

125 En tout cas, tenir compte de ce qu'ils veulent, et ce ils veulent c'est se sentir bien le
126 travail n'est pas une fin en soit, le travail pour eux, le travail c'est juste un moyen. Il
127 cherche un equilibre entre leur vie Privé et professionnel. On sent que les horaires de
128 **travail doivent matché** avec leur vie privée ; ce n'est plus a eux de s'adapter aux
129 horaires , c'est aux horaires au fait je veux dire l'entreprise, c'est aux entreprises, de
130 s'adapter aux jeunes, moi je pense, c'est une nouvelle façon de voir les choses hein.

131 **MOI: le sens au travail**

132 D'après votre expérience, qu'est ce qui semble donner de la satisfaction et de la
133 cohésion aux soignants dans leur mission quotidienne?

134 **CDS 6:**

135 Une satisfaction, moi je dirais l'autonomie. Leur faire confiance, ça n'empêche pas de
136 contrôler, de surveiller, mais il faut qu'ils se sentent acteurs de ce qu'ils font. ils vont
137 plus attendre le cadre pour leur dire voilà c'est comme ça qu'il faut faire ; ils amènent
138 leurs façons de faire, ils amènent leurs idées, il faut tenir compte, il faut les écouter. Le
139 positionnement. Moi j'ai pas non plus 30 ans experience mais le positionnement du
140 cadre ce trouve en difficulté parce que de toute façon, ils sont majoritaires maintenant.
141 La nouvelle génération sur le terrain, l'ancienne génération part à la retraite. On se
142 retrouve de plus en plus avec les jeunes sur le terrain. Je pense qu'il faut revoir aussi
143 notre façon de manager par rapport à eux. Ça veut pas dire qu'il faut tout accepter. De
144 toute façon, ils ont besoin d'un cadre , mais ils veulent pas qu'on leur impose des
145 choses, c'est ça la différence.

146 **Moi:**

147 D'accord, mais le fait qu' il y ait de moins de soignants sur l'unité, vous faite appel à des
148 vacataires et interimaire, c'est plutôt des jeunes ou ceux qui sont parties en retraite?

149 **CDS 6:**

150 Ah non, c'est rare même au contraire que j'ai des anciennes intérimaires qui viennent.
151 Moi. Les intérimaires qui viennent, c'est toujours des jeunes.

152 **Moi:MOTIVATION**

153 D'accord, selon vous, qu'est ce qui motive les soignants à s'impliquer au-delà des
154 tâches journalières?

155 **CDS 6:**

156 qu'est ce qui les motive? Et bien je reviens toujours **à la même chose sur la liberté**, il
157 Il faut **montrer qu' ils sont là, que on les considère**, qu'ils font partie de la prise des
158 décisions, par exemple, demander leur avis, même si c'est nous qui aurons le derniers
159 mots. Il faut les **impliquer**, les impliquer dans les soins, les impliquer dans les objectifs.
160 Que l'on a **pour le service .ET qu'ils se sentent ils le disent eux-mêmes, donner du**
161 **sens à ce qu'ils font**. Il faut qu'ils voient ce qu'ils produisent, je veux dire je sais pas
162 comment t'expliquer, ils ont besoin certe d'un cadres, mais pas d'autorité comme je
163 **disais tout à l'heure avec la une crise d'autorité, ce n'est plus le chef qui décide, le**
164 **cadre est un coachs**. Au fait, si ils ont besoin d' information par exemple, ils attend
165 plus que le chef vienne leur donner les information. Des fois, c'est eux qui vont me dire il
166 y a ça, il y a ça, il y a ça. Parce qu'ils ont accès à tout.

167 **Ce qu'ils aiment bien aussi c'est que on les considère, et que on les considère**
168 **comme des adultes** même si c'est des jeunes, ils ont besoin de ça

169 **MOI:**

170 D'accord, donc c'est comme ça que finalement vous, en tant que cadre, vous donnez du
171 sens à vos professionnels? enfin à trouver du sens au travail.

172 **CDS 6:**

173 C'est comme ça je me **positionne un peu en tant que coach** que plutôt en tant que
174 **décideur qu'en tant que chef. Parce que ça circule, ça doit circuler. Au fait, ça doit**
175 **pas être comment dire unilatérale**

176 **MOI: transversal**

177 Selon vous, est ce que le sens au travail est différent pour les nouveaux diplômés et les
178 anciens diplômés ?

179 **CDS 6:**

180 C'est compliqué parce qu'ils n'ont pas du tout la même vision de voir les choses. J'ai vu
181 ça, ils sont tous sur leur portables par exemple. Je donne un exemple (rire), mais pour
182 eux, c'est normal du moment que les soins sont géré. Donc par rapport à sa il faut pas
183 être laxiste par rapport à sa . Il faut être au claire , comment dire ils sont nées dans cette
184 interconnexion ils ont besoin de ça, ils sont nés dedans. Nous on est arrivé, on appris,
185 mais ils eux ils ne connaissent que ça. Il faut juste cadrer ce côté-là.

186 Mais il faut pas être , psychorigide, moi j'ai fonctionné comme ça. et ils doivent
187 fonctionner de la même façon, c'est une autre génération, il faut s'adapter aussi dans la
188 mesure du possible. C'est ce que je leur dis . Il leur dit le portable il y a un temps quand
189 il y a du et j'ai l'impression même qu'ils gèrent bien, ils sont tellement habitués à ça.

ENTRETIEN CDS 6 – EN INTRA-HOSPITALIER 4 ANS D'EXERCICE

190 Qu'ils arrivent à jongler au fait, au boulot, Et puis c'est côté interconnexion, si je peux
191 bien dire ça comme ça.

192 **MOI:** motivation -perte de sens

193 D'accord, d'après votre expérience et selon vous, quelles sont les raisons qui poussent
194 un professionnel à partir ?

195 **CDS 6:**

196 **Je peux dire s'il s'ennuie. En plus, avec les jeunes, ils ont vite fait le tour. Faut les**
197 **brancher tout le temps. Et quant ils ont fait les tours, ils les disent, je m'ennuie. Et**
198 Ben quand on **entend je m'ennuie, il faut voir la personne.** Qu'est ce **que tu aimerais**
199 **bien faire**, qu'est ce que, qu'est ce qu'on peut mettre en place pour que tu retrouves le
200 goût, la motivation, Mais ils ont vite fait le tour quoi. Si ça devient pla pla pla de toute
201 façon ils vont aller voir ailleurs, Moi c'est mon avis .

202 **MOI:**

203 Donc du coup par rapport à ça, quelles actions mettez-vous en place pour accompagner
204 les nouveaux arrivants dans leur intégration à l'équipe?

205 **CDS 6:**

206 Déjà dans l'établissement, il ya ce qu'en appel une parcours d'intégration. Qu'il voit à
207 peu près un peu comment ça fonctionne dans les autres services. Et puis voir ce qui
208 intéresse la personne et puis l'intégrer au sein de équipe, Moi pour moi l'accueil est
209 **hyper important. Un entretien déjà au départ, comprendre un peu comment la**
210 **personne fonctionne, quelle sont ses souhaits, connaitre aussi son parcours**
211 **professionnelles, et puis voir aussi avec l'équipe avant déjà que la personne**
212 **arrive. Moi j'ai un peu d'infos sur la personne, j'informe l'équipe et puis quand il**
213 **arrive j'ai un entretien et j'explique à l'équipe et essayer de voir après comment ça**
214 **fonctionne. Quoi je sais pas trop.**

215

216 **Mais de temps en temps, moi, quand quelqu'un arrive dès le départ, j'ai un**
217 **entretien et 1 mois après, je reçois la personne pour voir son ressenti, comment**
218 **elle se sent au sein de l'équipe. Et je demande aussi l'avis de l'équipe, comment**
219 **ça se passe. Donc j'ai fait ça à la fin du mois, à chaque fin du mois, jusqu'au bout**
220 **de 3 mois avant de faire une fiche d'appréciation. Et puis demander à la personne**
221 **si elle a toujours envie de rester avant de faire sa fiche d'appréciation.**

222 **Moi:** transversal

223 Est ce que vous, en tant que cadre votre stratégie de motivation est différente selon les
224 professionnels, entre les anciens et les nouveaux?

225 **CDS 6:**

226 Bah la même motivation dès le départ, je ne fais pas tout de suite. Moi je me base sur
227 ce que la personne me dit lors de l'entretien, cerner un peu ce qui l'intéresse. Le
228 fonctionnement de la personne, enfin moi c'est comme ça que je fonctionne

229 **MOI: RECONNAISSANCE**

230 Ok , Il me reste juste 2 questions, selon vous, la valorisation des compétences et les
231 efforts de vos collaborateurs apportent quels sentiments auprès de vos équipes?

232 **CDS** **6:**

233 La valorisation pour moi c'est hyper important. Faut pas le faire non plus n'importe
234 comment. Valoriser à l'extrême alors que c'est pas nécessaire. **Il faut le faire à juste**
235 **c'est à dire quelqu'un qui fait quelque chose même si c'est minimum. Valoriser, dire**
236 **à la personne que c'est très bien, cela lui donne le sentiment de la reconnaître de la**
237 **reconnaissance quoi** , la valorisation. Quand on arrive le matin, **dire uniquement**
238 **Bonjour à la personne, c'est hyper important pour eux. Ils se sentent considérés.**
239 Moi par exemple quand arrive le matin **je fais les tours du service pour voir tout le**
240 **monde et leur dire bonjour et qu'ils sachent que je suis là en cas ou ils ont besoin**
241 **de quelques choses et qu'ils sachent que je suis présente.**
242 Ça c'est la base déjà, **le respect hyper important.** Et puis si quelqu'un qui fait un truc et
243 qui **n'a pas l'habitude de faire** je lui dit que **c'est très bien ce que t'as fait, c'est ça.**
244 Mais **vraiment reconnu.** Je dirais même que ça fait partie de la motivation, la
245 **consideration.**

246 **Moi: relance**

247 Donc la considération par rapport aux compétences.

248 **CDS 6:**

249 Les compétences, Il faut profiter des compétences des gens et puis qui profitent aussi
250 entre eux. Quelqu'un qui est compétent, on met en avant ses compétences et puis elle
251 peut les partager aussi entre collègues. **C'est très important de valoriser les**
252 **partages de compétences au sein de l'équipe.**

253 **Moi:**

254 Selon vous, le fait de faire savoir à vos soignants que leur travail est apprécié est-il de
255 nature à augmenter leur implication? Si Oui. Pourquoi?

256 **CDS 6:**

257 C'est ce que je viens de dire tout à l'heure , Mets toi à la place de la personne, juste ça,
258 **tu fais quelque chose de bien , je te le dit que ton travail est bien fait** , est ce que
259 cela te motive ou **pas ?Moi je leur dit toujours merci pour ce que tu as fait**
260 **franchement, ton travail va nous apporter beaucoup de choses .En disant ça ça te**
261 **donne envie d'en faire encore plus. Moi personnellement je suis dans cette**
262 **optique**

263 **Moi: relance**

264 D'accord, vous avez un exemple particulier qui s'est passé dans votre unité ?

265 **CDS 6:**

266 bah une situation que je me rappel, J'ai une des ASH et que j'ai mis référente du

ENTRETIEN CDS 6 – EN INTRA-HOSPITALIER 4 ANS D'EXERCICE

267 planning des ash . elle a vu des choses dans le planning que moi même je n'ai pas vu .
268 Moi j'ai été surprise, sincèrement. Et quand il y a nécessité elle, se sacrifie pour que ça
269 fonctionne. Ah ça, ça m'a impressionné.

270 **Moi: relance**

271 Donc vous le lui avez dit.?

272 **CDS 6:**

273 J'ai lui ai dit, franchement. Bientôt je vous laisse ma place au niveau du planning, Je
274 m'attendais pas à ça au fait, mais calmement au départ quand je lui ai dit je vous met
275 référente du planning parce que c'était un peu anarchique. Quand les ASH se positionner
276 sur le planning ils oubliaient des fois les repos, les RTT, J'ai dit vous êtes 3.
277 Donc je vous laisse la supervision du planning avant que je la rentre le définitive sur
278 l'ordi alors là j'ai pas été déçu donc elle le fait super bien. Elle lisse le planning, et il est
279 équitable avec ses collègues, il faut dire aussi que les ash eux travaillent en 7H48 et non
280 en 12H comme les infirmières et les aides soignants . du coup de la valiriser dans ce
281 qu'elle fait lui donne envie de faire plus de choses dans le service elle est toujours
282 partante pour proposer des choses, d'ailleurs je pense que lors des entretien
283 **professionnel je vais lui proposer si elle souhaite monter en compétence en**
284 **proposant qu'elle se forme pour devenir une future aide soignante. je vais voir**
285 **avec elle**

286 **Moi: CHOSE A RAJOUTER**

287 c'est super, , je vous remercie infiniment. Est ce que vous avez autre chose à rajouter
288 par rapport à tout ce que je viens de vous poser comme question?

289 **CDS 6:**

290 Ben c'est très bien. Moi je pense que c'est un bon sujet C'est d'actualité et ça je pense
291 que ça va l'être encore long quoi. Mais il faut quand même définir la notion de fidélité et
292 le sens du travail par rapport à la nouvelle génération que l'on a sur le marché du travail.
293 **Il faut mettre de l'humain dans la gestion, sinon celà ne tient pas,** Moi je pense que
294 ça évolue C'est vraiment ça que je vais rajouter.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@24-25

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

Rester ou partir ?

Le rôle pivot du cadre de santé face au défi de la fidélisation & la crise des vocations

Mme. AIT TAHAR Baya

MOTS CLÉS

Fidélisation – Cadre de santé – Sens du travail – Motivation.

KEY WORDS

Loyalty - Health executive - Meaning of work – Motivation.

RÉSUMÉ

Dans un contexte hospitalier profondément bouleversé par la crise sanitaire et confronté à une pénurie de personnel soignant, ce mémoire explore le rôle crucial du cadre de santé dans la fidélisation des professionnels. Partant d'un vécu personnel en psychiatrie adulte et d'une posture de future cadre de santé, je me suis interrogée sur les leviers managériaux susceptibles de redonner sens, reconnaissance et motivation au travail des infirmiers. À travers une enquête de terrain fondée sur des entretiens semi-directifs menés auprès de cadres de santé, eux-mêmes issus du secteur de la santé mentale. Il ressort de cette étude des attentes générationnelles ainsi que l'importance du management de proximité, et les stratégies collectives favorisant l'engagement durable des équipes. Ce travail s'appuie sur un cadre théorique autour de la fidélisation, du sens au travail et de la motivation. Il appelle à repenser le management, en insistant sur la capacité du cadre à devenir un « passeur de sens », garant du bien-être professionnel et de la cohésion d'équipe.

ABSTRACT

In a hospital context profoundly changed by the health crisis and faced with a shortage of nursing staff, this dissertation explores the crucial role of the health executive in retaining professionals. Based on my personal experience in adult psychiatry and my position as a future health executive, I looked at the managerial levers likely to restore meaning, recognition and motivation to nurses' work. This was done through a field study based on semi-structured interviews with healthcare managers, themselves from the mental health sector. The study revealed generational expectations, as well as the importance of local management and collective strategies to foster the long-term commitment of teams. This work is based on a theoretical framework focusing on loyalty, meaning at work and motivation. It calls for a rethink of management, emphasising the manager's ability to become a 'transmitter of meaning', guaranteeing professional well-being and team cohesion.