Master 2ème année
Management Sectoriel, Parcours « Management des Organisations Soignantes

« *Donner envie de venir, donner envie de rester : les leviers de l'attractivité et la fidélisation infirmière en urologie* »

ECUE 7.2
Cécile GONCALVES

Karine CHARREAUX LOPEZ
Année 2025/2026

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes 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'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Je tiens à exprimer toute ma sincère gratitude à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce projet et au soutien apporté tout au long de ces 2 années de Master.

A Cécile GONCALVES, directrice de mémoire, pour son accompagnement, ses précieux conseils, nos échanges pendant les rendez-vous individuels et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Aux personnels de l'ESM et plus particulièrement à Karine et Grâce pour leur soutien, leur bonne humeur, leur écoute et leurs conseils.

A l'ensemble de la promotion 2025/2026 de Master 2 MOS, pour l'ambiance, la solidarité et le soutien. Grâce à chacun, les travaux de groupe furent des moments de riches échanges.

A la direction des soins de l'hôpital Pitié-Salpêtrière ainsi qu'à Valérie GARNIER, CPDMU SAPERE pour la validation de la thématique de ce projet.

A nouveau à Valérie Garnier pour la relecture du document ainsi qu'à Christine JOUYS. Leur soutien et leur expertise sont des atouts forts dans mon quotidien.

A Sheik KHODABUX, cadre supérieur de santé, sur les secteurs digestifs et hépato-gastro, collègue bienveillant et à l'écoute, qui m'a soutenue tout au long de ces 2 années de master en veillant à rendre mes conditions de travail plus favorables.

A Mariama NDOUR, cadre de l'urologie, ainsi qu'au Professeur CHARTIER, chef de service de l'urologie, au docteur Sarah DROUIN et à l'équipe infirmière de l'urologie qui sont parties prenantes dans ce projet.

A l'ensemble de mon équipe de cadres pour leur esprit collaboratif et la qualité des échanges.

A Jean-Yves, mon ami de longue date, pour son soutien, la relecture du projet et ses conseils, son expertise et ses encouragements.

A ma sœur, mes nièces et mon beau-frère, pour leur soutien constant.

A ma fille, soutien inconditionnel, pour son aide, son écoute et ses encouragements constants, sans oublier Gaspard.

Ce projet a été une expérience enrichissante tant sur un plan personnel que professionnel.

Table des matières

Remerciements 3
LISTE DES ABREVIATIONS 3
INTRODUCTION 4
1 Contexte du projet 5
1.1. Mondial et Européen 5
1.2. En France 5
1.3. L'APHP 6
1.4 Pitié-Salpêtrière (PSL)/Groupe Hospitalier Sorbonne Université (GHSU) 8
1.5 DMU SAPERE 9
1.6 Le service d'hospitalisation complète d'Urologie 11
2 Le cadre théorique : Concepts et leviers 12
2.1 Attractivité 13
2.1.1 Définition 13
2.1.2 La marque employeur 13
2.1.3 La culture organisationnelle de l'entreprise 14
2.1.4 Les valeurs 14
2.1.5 Onboarding 15
2.2 Fidélisation 16
2.2.1 Définition 16
2.2.2 Théorie de la fidélisation commerciale et lien avec la santé 16
2.2.3 Théories utilisées couramment en gestion des ressources humaines 17
2.2.4 La Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT) 19
2.2.4.1 La valeur du travail 19
2.2.4.2 La reconnaissance au travail 20
2.2.5 Valorisation de l'engagement professionnel 20
2.3 Management 25
2.3.1 Définition, rôles, fonctions et qualité du manager 25
2.3.2 La performance 27
2.3.3 Management situationnel 28
2.3.4 Management générationnel 29
2.3.4.1 Génération X, Y et Z 29
2.3.4.2 Management générationnel 31
2.4 Communication managériale et intergénérationnelle 32
2.5 La conduite du changement 34
2.6 La résistance au changement 35
3 Le projet managérial 36
3.1 le choix du sujet et du service 36
3.2 Présentation du service d'urologie 37
3.3 Les objectifs du projet 38

3.3.1 L'objectif principal du projet 38
3.3.2 Les objectifs secondaires 38
3.4 Pertinence du projet 39
3.5 les acteurs du projet 39
3.6 le SWOT 41
3.7 Planification du projet 42
3.10 Expériences Terrain 43
3.10.1 Organisation de travail en 12 heures de jour et de nuit 44
3.10.2 Autonomisation des IDE : Réalisation des plannings et organisation des soins 45
3.10.3 Développement des compétences 46
3.10.4 EDT 48
3.10.5 Journées Portes Ouvertes (JPO) et ateliers à destination des étudiants en soins infirmiers (ESI) 49
3.11 Management 50
3.11.1 De la cadre de santé d'urologie 50
3.11.2 A la cadre supérieure de santé 51
3.12 Communication 52
3.13 Contraintes 53
3.14 Evaluation et indicateurs de suivi 54
4 Fiche Réflexe 59
CONCLUSION 60
ANNEXES 1

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
APHP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
AS : Aide-soignant
CAE : Contrat d'allocation d'étude
CPDMU : Cadre Paramédical de Département Médical Universitaire
CPTS : Communauté Professionnelles Territoriales de Santé
DARES : Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DIM : Département d'information médicale
DMS : Durée Moyenne de Séjour
DMU : Département Médicaux Universitaire
DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH : Direction des ressources humaines
DS : Direction des soins
EDT : Espaces de Dialogue sur le Travail
FSL : Formation Spécialisée Locale
GHU : Groupe Hospitalier Universitaire
GHSU : Groupe Hospitalier Sorbonne Université
HAS : Haute Autorité de Santé
HC : Hospitalisation complète
JPO : Journée porte ouverte
IDE : Infirmier(s) diplômé(s) d'Etat
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
KPI : Key performance indicator (Indicateur clé de performance en français)
MOS : Management des Organisations Soignantes
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONI : Ordre National des Infirmiers
PE : Prime d'engagement
PM : Projet managérial
PSL : Pitié-Salpêtrière
PUPH : Praticien Universitaire Praticien Hospitalier
PH : Praticien Hospitalier
RPS : Risques Psycho-sociaux
SAPERE : Spécialités Abdomino Pelviennes et Rénales de l'adulte et de l'Enfant
SIGAPS : Système d'interrogation, de Gestion et d'Analyse des Publications Scientifiques
TDA : Théorie de l'autodétermination
TPER : Tableau Prévisionnel des Emplois Rémunérés

INTRODUCTION

L'attractivité et la fidélisation des infirmiers constituent deux enjeux majeurs pour le système de santé. La pénurie de professionnels infirmiers à un impact direct sur la capacité d'accueil des établissements, se traduisant notamment par la fermeture de lits et des répercussions économiques aggravant les déficits hospitaliers. Le manque d'infirmiers impact également la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Ce déficit engendre une pression accrue sur les équipes en poste, amplifiant le cercle vicieux du désengagement et du turnover.

De nombreux facteurs expliquent cette instabilité. Tout d'abord, un phénomène démographique avec une population infirmière vieillissante et un besoin de plus en plus important de soins en lien avec l'augmentation des maladies chroniques. Ensuite, des conditions de travail dégradées et l'intensification des tâches engendrant un stress professionnel important lié à la charge émotionnelle et au rythme de travail. De plus, la profession infirmière manque de reconnaissance professionnelle et les perspectives d'évolution professionnelle sont souvent limitées, ce qui freine la motivation et l'investissement à long terme. Enfin, les rémunérations, même si elles ont été revalorisées avec le Ségur de la santé en 2022, restent peu attractives au regard du travail fourni.

Le turnover infirmier a plusieurs conséquences : il perturbe la transmission des savoirs et des compétences, fragilise la cohésion des équipes et altère la relation de confiance avec les patients, réduisant ainsi leur satisfaction et la qualité perçue des soins. D'un point de vue économique, les coûts liés au recrutement, à la formation des nouveaux arrivants et au moyen de remplacement pèsent lourdement sur les budgets hospitaliers, notamment dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques.

Plusieurs leviers peuvent être activés pour améliorer l'attractivité et la fidélisation des infirmiers (IDE). Soigner l'accueil et l'intégration des nouveaux recrutés, renforcer la reconnaissance professionnelle, améliorer les conditions de travail avec des effectifs adaptés, valoriser l'autonomie des professionnels et privilégier un équilibre vie professionnelle/vie personnelle en promouvant la qualité de vie au travail. Enfin, une culture managériale bienveillante et participative contribue à renforcer le sentiment d'appartenance et la fidélité des IDE.

Depuis 2024 il est à constater une diminution des postes vacants infirmiers avec une augmentation du capacitaire. Néanmoins au regard de la pyramide des âges des soignants et du vieillissement de la population, il est essentiel de renforcer l'attractivité et la fidélisation des secteurs de soins afin de pouvoir répondre aux besoins d'une population vieillissante ainsi que de l'accroissement des maladies chroniques. C'est pourquoi il m'a semblé pertinent d'axer le projet managérial demandé en master 2 Management des Organisations Soignantes sur ces 2 enjeux. Je me suis centrée sur le service d'urologie qui reste un des services du Département Médico-Universitaire (DMU) Spécialités Abdomino Pelviennes et Rénales de l'adulte et l'Enfant (SAPERE) à avoir des postes vacants.

Ainsi, ce projet vise à renforcer l'attractivité du service d'urologie et à fidéliser durablement les professionnels en poste, contribuant à la consolidation de l'offre de soins et à la performance globale de l'établissement.

Les leviers sur l'attractivité et la fidélisation sont nombreux. Je n'aborderai pas l'accueil des nouveaux recrutés ni de l'intégration. En effet, ces concepts ont été travaillés par la précédente cadre supérieure de santé. Des outils ont été élaborés et sont encore utilisés par les cadres de santé.

En tant que cadre supérieure de santé, j'ai souhaité inscrire ce projet dans une logique stratégique visant à améliorer les conditions de travail des IDE avec une meilleure conciliation de leur vie professionnelle et leur vie personnelle et le développement de leurs compétences. Garantir un management situationnel et bienveillant est un socle non négociable.

Dans une première partie, je vous exposerai le contexte de la pénurie infirmier et l'environnement dans lequel je travaille. Ensuite je développerai les concepts sur lesquels je m'appuierai dans le déploiement du projet managérial. Une partie sera consacrée au projet lui-même en suivant la méthodologie de conduite de projet. Une conclusion viendra terminer ce document.

1 Contexte du projet

1.1. Mondial et Européen

La pénurie d'infirmiers est un phénomène mondial. Elle concerne autant les pays industrialisés que ceux en voie de développement. En effet, on estime qu'en 2025 il manque dans le monde 6 millions d'infirmiers. Le Conseil international des infirmiers évoque un risque de pénurie de l'ordre de 13 millions d'infirmiers si rien ne change[1]. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) quant à elle, estime qu'il manquera 4.5 millions d'infirmiers sur notre planète en 2030. Le rapport State of World's Nursing 2025[2] fait mention d'un taux de rotation moyen de 16% avec des pics allant jusqu'à 36% dans certaines régions comme l'Asie. Près de 15 à 30% des infirmiers en poste expriment l'intention de quitter la profession dans les 5 ans (hors retraite), souvent en raison de l'épuisement professionnel.

Il est à constater que l'union européenne n'est pas épargnée par cette crise majorée depuis la pandémie de la COVID. L'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)[3] estime qu'il manquait en 2022 1.2 million de professionnels de santé (médecins, infirmiers, et sage-femmes) dans l'union européenne. Environ 25 % des infirmiers en Europe ont plus de 55 ans et devraient partir à la retraite d'ici 10 ans. Le taux de nouveaux diplômés ne croit que de 0.5% par an, ce qui est insuffisant pour compenser ces départs. La moyenne de densité des infirmiers européens est de 8.8 à 9.2 infirmiers pour 1000 habitants.

La France a une densité supérieure à la moyenne (9.7 infirmiers pour 1 000 habitants) mais avec des besoins accrus en soins.

1.2. En France

En France, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluations et des Statistique (DRESS)[4], le nombre d'infirmiers augmenterait mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante. Les principales causes sont un vieillissement de la population couplé à une hausse des maladies chroniques qui demandent plus de soins. De plus, une grande partie du personnel infirmier approche de la retraite. Sans fortes mesures comme la revalorisation des salaires, l'amélioration des conditions de travail, l'augmentation de la formation, la pénurie d'infirmiers devrait se maintenir voire s'amplifier.

Quelques chiffres à retenir

Indicateur	Valeur (approx.)	Source / Année
Nombre d'Infirmiers inscrits au tableau de l'Ordre National des Infirmiers (ONI)	565 553	ONI 2025
Postes vacants (Hôpital public)	15 000	FHF 2024
Besoins de soins à horizon 2040	50%	DREES 2024

[1] Pénurie infirmière : problème mondial, solutions locales, htpps://www.actusoins.com/pénurie-infirmiere-probleme-mondial-solutions-locales.html, consulté le 23/12/2025
[2] Rapport State of the World's Nursing 2025, **htpps://www.who.int/publications**, consulté le 23/12/2025
[3] Rapport Health at a Glance : Europe 2024 (Panorama de la santé), https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2025, consulté le 23/12/2025,
[4] DRESS, **https://data.dress.solidarites-sante.gouv** consulté le 23/12/2025

Sortie de l'hôpital après 10 ans	~ 46 %	DREES 2023
Abandon en cours d'études (IFSI)	22%	DREES 2023

Figure 1 : DARES : données 2019

Le traitement des données de la Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES)en 2019, dans son enquête « conditions de travail » indique que près de 44 % des IDE avaient le sentiment de ne pas se sentir capable de rester. Ces chiffres sont confirmés par les résultats de l'enquête menée en 2021 par l'ONI qui souligne que 40 % des IDE souhaiteraient changer de profession. Cette situation met en lumière l'impact de l'intensification et la dégradation des conditions de travail dans les établissements de santé[5].

Dans ce contexte national marqué par cette tension sur les effectifs infirmiers, il est pertinent de s'intéresser à la situation spécifique de l'Assistance Publique -Hôpitaux de Paris (APHP).

1.3. L'APHP

L'APHP est le premier centre hospitalo-universitaire européen et le premier employeur de santé en île de France. Elle y joue un rôle central dans la structuration de l'offre de soins. Chaque année, elle prend en charge 8 millions de patients grâce à ses 100 000 professionnels et un capacitaire de 18 600 lits. Elle a un rôle capital dans la recherche et l'innovation basée sur une structure unique, pensée pour encourager la collaboration et satisfaire les besoins des territoires. L'APHP accomplit trois missions principales : des soins pour tous, l'enseignement et la formation et la recherche et l'innovation :

- **Des soins pour tous** : Chaque année, l'institution prend en charge des patients tous âges confondus, en consultation, en hospitalisation complète/de semaine ou ambulatoire ou encore à domicile. La qualité des soins est au cœur de l'action, soutenue par 345 programmes d'éducation thérapeutiques et plus de 250 associations de patients partenaires. Des liens renforcés avec la ville au travers de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).
- **L'enseignement et la Formation** : Plus grand centre de formation en santé en France, l'APHP forme 8 700 professionnels paramédicaux en formation initiale, 8 500 étudiants en médecine, odontologie, et pharmacie, répartis sur les 6 Groupes Hospitalo-Universitaires (GHU). 52 écoles dont 15 instituts en soins infirmiers. L'APHP encourage également la promotion professionnelle par un financement des formations et une politique de reconversion pour les métiers en tension. L'APHP forme également des patients et leurs proches au travers d'actions d'éducation thérapeutique afin d'être des acteurs de leurs traitements.
- **La recherche et l'innovation** : l'APHP est une structure d'excellence : 25 fédérations hospitalo-universitaires, 8 instituts hospitalo-universitaires et 181 centres de maladies rares. Elle accueille près de la moitié des essais thérapeutiques Français. 6 000 études cliniques en cours, tous promoteurs confondus, près de 11 000 publications et 920 brevets actifs[6].

Depuis 2019, l'APHP est composé de six GHU regroupant les 38 hôpitaux répartis entre Paris et l'Ile de France. Grâce à cette réforme, les établissements se sont regroupés autour d'axes communs, tout en renforçant leur autonomie et leur intégration locale. Chaque GHU est rattaché à une université

[5] Eléments de compréhension autour des enjeux de la fidélisation des personnels soignants, Christelle Routelous, Frédérique Quidu, Gestion et conduite des organisations de santé 2024, p 219 à 238, éditions Presses de l'EHESP, https://stm.cairn.info/le-management-en-sante, consulté le 7/03/2026

[6] Source : site intranet APHP.

francilienne[7] et est découpé en DMU[8]. 80 DMU ont été créés pour promouvoir l'élaboration de nouveaux projets médicaux en lien avec les initiatives de la recherche et de l'innovation afin d'améliorer le parcours des patients à l'échelle territoriale. Ils ont également pour mission de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail des équipes au quotidien. Ils structurent les filières de soins d'un territoire et favorisent la mutualisation des ressources et la collaboration entre les établissements. Les DMU sont dirigés par un directeur médical, un cadre paramédical, un cadre administratif et un représentant de la direction. L'hôpital de la Pitié-Salpêtrière fait partie du GHU Sorbonne Université. Ce GHU regroupe également les hôpitaux de Tenon, Armand Trousseau, Rothschild, Saint-Antoine, Charles-Foix et la Roche Guyon.

À la suite de la crise Covid-19, l'APHP a été confrontée à un départ massif de professionnels de santé, en particulier d'infirmiers. Cette situation a entrainé une réduction significative des capacités d'accueil des patients, avec des conséquences directes sur la qualité et la continuité des soins, ainsi que sur l'équilibre économique de l'institution, générant un déficit majeur.

Afin de renforcer l'attractivité et la fidélisation des infirmiers, monsieur REVEL, directeur général de l'APHP, a élaboré une feuille de route intitulée « **30 leviers pour agir ensemble**[9] », destinée à être déclinée en actions concrètes au sein de chaque établissement. En complément des 30 leviers, l'APHP a renforcé son attractivité en tant qu'employeur grâce à une communication ambitieuse, portée par des formats innovants en phase avec les attentes des nouvelles générations. Des vidéos de courte durée mettant en scène un soignant en situation professionnelle, afin de valoriser une spécialité confrontée à des difficultés de recrutement. Un bilan à 3 ans vient d'être publié en février 2026 (CF graphique ci-dessous). Malgré ce bilan positif une vigilance et une continuité à maintenir les efforts en matière d'attractivité et de fidélisation est demandée par monsieur REVEL. En effet, cette embellie reste fragile au regard de la démographie infirmière.

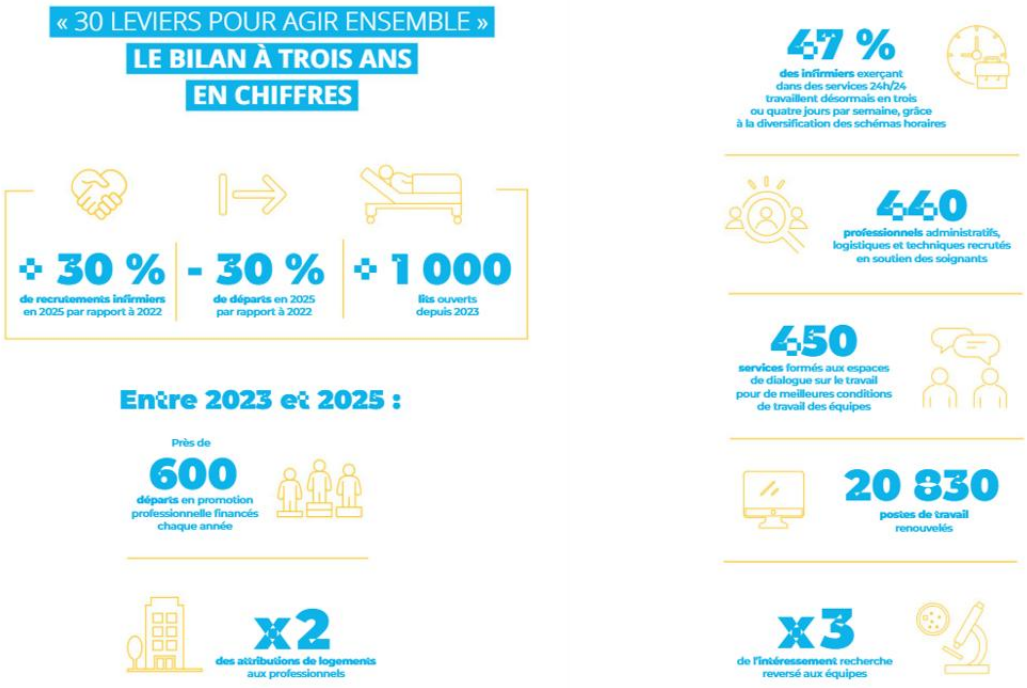


Figure 2 : Source : Bilan à 3 ans « 30 leviers pour agir ensemble »,

[7] Groupes hospitalo-universitaire de l'APHP, https://www.aphp.fr/groupes-hospitaliers-de-lap-hp, consulté le 2/01/2026
[8] La création des départements médico-universitaire (DMU), https://www.aphp.fr/groupes-hospitaliers-de-lap-hp, consulté le 2/01/2026
[9] L'APHP, 30 leviers pour agir ensemble, https://aphp-pro.aphp.fr, consulté le 2/01/2026

La mise en œuvre de cette stratégie a permis, en 2025, le recrutement de 2800 infirmiers et la stabilisation des départs. Cette dynamique positive a conduit à la réouverture de 407 lits[10]. Le groupe hospitalier Sorbonne Université s'est pleinement inscrit dans cette démarche comme nous le verrons par la suite.

1.4 Pitié-Salpêtrière (PSL)/Groupe Hospitalier Sorbonne Université (GHSU)



L'hôpital universitaire Pitié-Salpêtrière fait partie du GHSU, composé de 7 hôpitaux dont la Pitié-Salpêtrière. Par sa taille, il est le premier hôpital européen. 90 bâtiments répartis sur 33 hectares, 82 services représentants l'ensemble des activités médicales en dehors de la pédiatrie (sauf pédopsychiatrie), la dermatologie et le traitement des grands brûlés. Les services de PSL sont reconnus à l'échelon national et international en particulier dans les spécialités de référence comme :

- Des affections du système nerveux et des pathologies mentales,
- Les pathologies cardio-vasculaires et métaboliques,
- La cancérologie et l'oncologie,
- La greffe d'organe et de moelle osseuse,
- La chirurgie : gynécologique, **urologique**, ophtalmologique, neurochirurgie, cardiaque, vasculaire, digestive, orthopédique et traumatique,
- Les urgences,
- La périnatalité
- La personne âgée malade et dépendante.

26 centres de référence maladies rares et 2 instituts hospitalo-universitaires complètent cet éventail de spécialités médicales et chirurgicales.

PSL c'est :

- 1677 lits d'hospitalisation et 368 places de jour,
- 162 845 admissions,
- 66 945 passages aux urgences,
- 8425 professionnels.

Dans le cadre de la feuille de route « 30 leviers pour agir ensemble », le site de la PSL a structuré, dès 2022, une stratégie visant à renforcer l'attractivité et la fidélisation des infirmiers. Cette démarche s'inscrit

[10] L'APHP-Activité et chiffres clés, https://www.calmeo.com/read, consulté le 2/01/2026

dans un contexte de tension sur les ressources humaines hospitalières et vise à sécuriser les parcours professionnels tout en soutenant les capacités de recrutement de l'établissement.

Plusieurs dispositifs ont ainsi été déployés, notamment à destination des étudiants en soins infirmiers. Parmi eux figurent les contrats d'allocation d'études (CAE) et les primes d'engagement (PE), qui permettent d'accompagner financièrement les étudiants pendant leur formation en contrepartie d'un engagement à exercer au sein de l'établissement à l'issue de leur diplôme. En 2025, au sein du GHSU, 409 contrats ont été signés avec des étudiants en cours de diplomation. Parmi ces signataires, 382 ont effectivement intégré un poste à la suite de l'obtention de leur diplôme. Ces résultats témoignent de l'intérêt et de l'efficacité de ces dispositifs pour favoriser l'intégration professionnelle des jeunes diplômés et renforcer les effectifs infirmiers. Afin d'évaluer les facteurs influençant la fidélisation des professionnels, les IDE sont sollicités, au terme de leur période d'engagement, dans le cadre d'un questionnaire intitulé « entretiens de perspective ». Cet outil permet de recueillir la perception de leur environnement de travail et d'identifier les éléments favorisant leur maintien dans l'établissement. Les résultats mettent en évidence deux déterminants majeurs : l'intérêt pour la spécialité exercée et la qualité du travail en équipe. Ces éléments soulignent l'importance de l'environnement professionnel et de la dynamique collective dans le sentiment d'appartenance des professionnels.

Les conditions d'intégration apparaissent comme un facteur déterminant dans l'expérience professionnelle des nouveaux arrivants. La disponibilité rapide des ressources nécessaires à l'exercice des fonctions, telles que les accès informatiques, les tenues professionnelles ou l'accès aux vestiaires, contribuent à faciliter l'appropriation du poste et l'intégration au sein des équipes. Ces éléments organisationnels, bien que relevant d'aspects logistiques, participent directement à la qualité de l'accueil et à la satisfaction professionnelle.

En parallèle, de nouvelles organisations du temps de travail ont été mises en place dans plusieurs unités de soins, notamment à travers des cycles horaires en 8 h 45 et en 12 heures. Ces modalités demeurent un levier d'attractivité essentiel. Elles contribuent également à améliorer l'articulation entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Concernant le personnel de nuit, des éditions annuelles de l'événement « Lumière sur la nuit » sont organisées. Cette initiative est largement plébiscitée par les professionnels concernés, qui y voient une forme de reconnaissance institutionnelle de leur engagement et un moyen de valoriser leur contribution au fonctionnement de l'hôpital.

En plus, PSL participe régulièrement aux deux forums annuels de recrutement organisés par l'AP-HP ainsi qu'aux salons professionnels dédiés aux infirmiers. Ces actions contribuent à renforcer la visibilité de l'établissement auprès des futurs professionnels et participent à la dynamique de recrutement.

Entre 2023 et 2025, ces différentes mesures ont permis d'améliorer le recrutement infirmier et d'augmenter le capacitaire sans toutefois atteindre celui de 2021, ce qui souligne la nécessité de poursuivre et de consolider les actions engagées en matière d'attractivité et de fidélisation des professionnels infirmiers.

Le DMU SAPERE comme les autres DMU du GHSU, s'est fortement impliqué dans cette dynamique afin de limiter économiquement l'impact de la pénurie infirmière.

1.5 DMU SAPERE

LE DMU SAPERE est construit dans une logique d'organisation et de parcours de soins médico-chirurgicaux allant de l'enfant à la personne âgée. Les enjeux sont de conforter et de développer l'activité cancer, la transplantation rénale et hépatique et accompagner les évolutions dans les modes de prises en charge. Le DMU a développé une forte activité de chirurgie robotique dans différentes disciplines (**urologie,** gynécologie, chirurgie digestive et viscérale).

Le DMU SAPERE se déploie sur 4 sites, l'hôpital Tenon, l'hôpital Armand Trousseau, l'hôpital Saint-Antoine, et l'hôpital **Pitié-Salpêtrière.**

Sur le site de PSL, le DMU SAPERE regroupe les services d'hépato-gastroentérologie, de chirurgie digestive ainsi que les services d'**urologie**, de néphrologie et de chirurgie gynécologique et mammaire. Depuis novembre 2024 je suis cadre supérieure de santé sur les services d'urologie, de néphrologie et de chirurgie gynécologique et mammaire.

Les chiffres clés de 2021 du DMU SAPERE :

- 1 département, 14 services hospitaliers et 11 unités fonctionnelles
- 161 personnels médicaux et 1193 soignants
- 521 lits et places
- 132 millions d'euros de budget (charges)
- 7 471 scores SIGAPS (2020).

Le DMU SAPERE face aux tensions de recrutement

Départs et arrivées IDE (HC et Soins critiques) entre juillet et décembre, hors mouvement interne au DMU Total TPER IDE : 383 (Chir : 214 - Med : 169)				
2021	**CHIR**	**MED**	**Total**	**Solde**
Nombre d'arrivées IDE	8	11 (3 CAE)	19	**-8**
Nombre de départs IDE	19	8	27	
2022	**CHIR**	**MED**	**Total**	**Solde**
Nombre d'arrivées IDE	17 (9 CAE)	16 (11 CAE)	33	**-8**
Nombre de départs IDE	21	20	41	
2023	**CHIR**	**MED**	**Total**	**Solde**
Nombre d'arrivées IDE	22 (10 CAE)	26 (12 CAE)	48	**+28**
Nombre de départs IDE	**11**	**9**	**20**	

Figure 3 : Tableau présenté à la conférence budgétaire de 2024/Site PSL/DMU SAPERE

Depuis 2021, Le DMU SAPERE est concerné par un turnover important d'infirmiers dont les conséquences se traduisent par un ajustement du capacitaire et une adaptation continue de l'activité. Le plan d'attractivité et de fidélisation infirmière du site PSL est décliné au sein des services du DMU à travers des actions concrètes, telles que la mise en place de nouveaux schémas horaires en 8h45 et en 12 heures, ainsi que la signature de CAE et PE. Un effort particulier a été consacré à l'accueil et à l'intégration des nouveaux recrutés, avec la formalisation d'un livret d'accueil ainsi que d'une grille d'évaluation des compétences. Cet outil est utilisé conjointement par le nouveau professionnel et le cadre lors des points d'étape tout au long de la période d'intégration. Cette grille sert ensuite de support aux évaluations réalisées à 6 et 12 mois durant la mise en stage. Malgré la mise en œuvre de ces dispositifs, le service d'urologie, à l'instar des autres services de DMU SAPERE, demeure confronté à des tensions persistantes en matière d'effectifs infirmiers.

1.6 Le service d'hospitalisation complète d'Urologie

Le service d'Urologie de l'Hôpital PSL est l'une des composantes du DMU SAPERE. Le service est localisé au bâtiment Gaston Cordier du 4ème étage (consultation et secteur technique d'endoscopie) au 5ème étage (Hospitalisation complète et salles de réunions et d'enseignement). Le service d'urologie a une activité de recherche importante avec du personnel dédié. Sa mission couvre l'ensemble des thématiques de l'urologie adulte. Ses domaines d'expertise sont la chirurgie urologique, la cancérologie, les tumeurs bénignes et malignes de la prostate et les urgences. Un parcours patient avec l'hôpital de Raymond-Poincaré est formalisé depuis plusieurs années. De plus, depuis 15 ans, la robotique chirurgicale a pris une place grandissante dans l'activité urologique ce qui a permis un virage ambulatoire et des hospitalisations à J0.

Organisation fonctionnelle et universitaire de l'Urologie

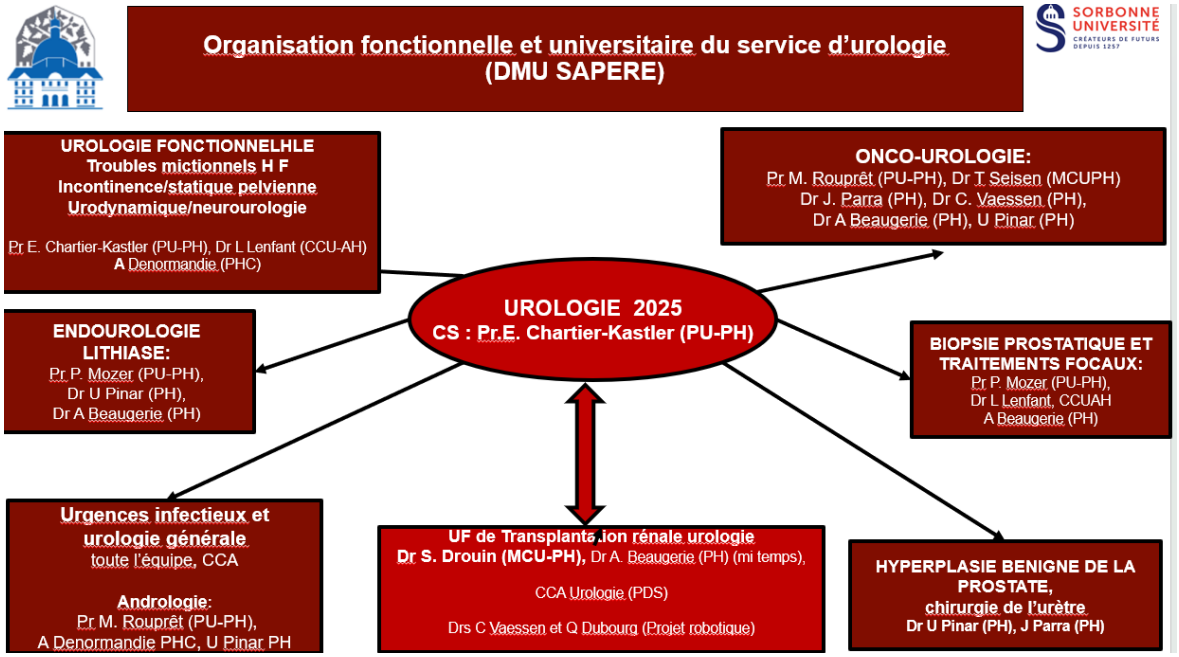
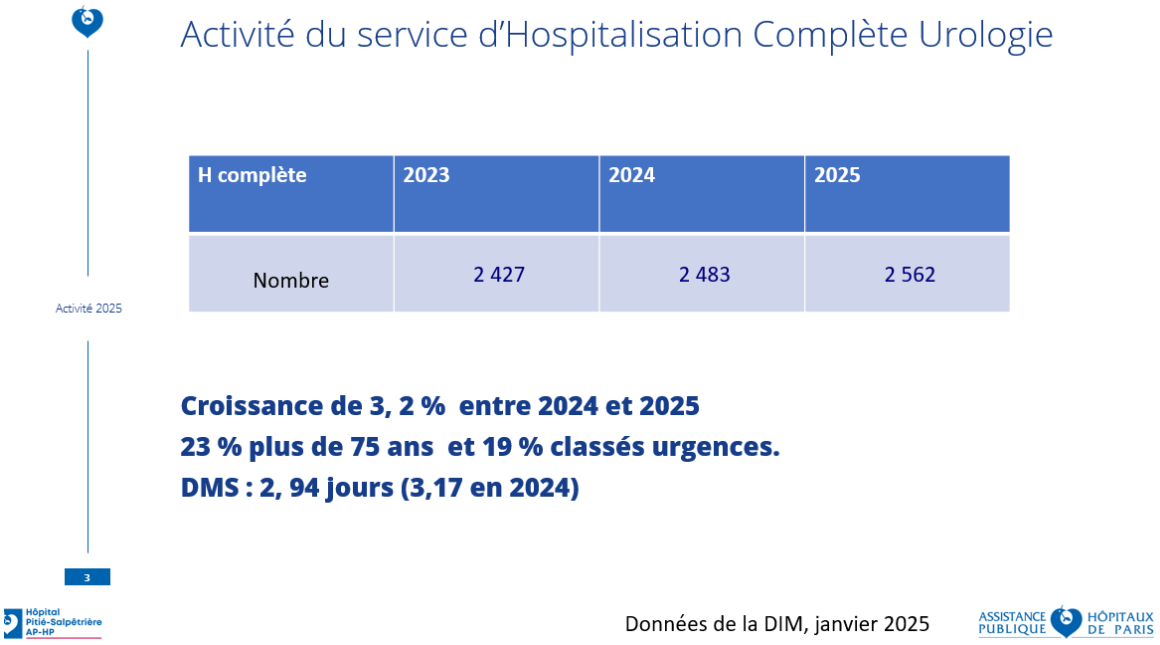


Figure 4 Organisation fonctionnelle et universitaire de l'urologie / Source APHP

L'équipe médicale est composée de chirurgiens : 1 chef de service, Professeur Universitaire Praticien Hospitaliser (PUPH)/ 3 autres PUPH/8 Praticiens Hospitaliers/6 Chefs de Clinique/6 internes.



Le service d'Urologie dispose de 33 lits d'hospitalisation complète, dont 7 sont fermés depuis mai 2022, ce qui représente 21 % du capacitaire. Cette réduction du capacitaire est en lien avec une persistance de postes IDE vacants. Malgré cette réduction du capacitaire, l'activité a progressé de 3,2 % entre 2024 et 2025, tandis que la Durée Moyenne de Séjour (DMS) a diminué passant de 3.17 jours en 2024 à 2.94 en 2025.

Cette intensification du travail est parfois difficilement vécue par les IDE, en particulier lorsqu'elle s'inscrit dans la continuité. En revanche, les week-ends et durant les périodes de vacances scolaires, la baisse d'activité leur permet de consacrer davantage de temps aux soins relationnels. Ces moments de répit favorisent une réappropriation du sens de leur pratique et une prise en charge plus qualitative des patients.

Ce contexte spécifique justifie pleinement le choix d'un projet centré sur la fidélisation infirmière, que je considère comme une priorité managériale.

Avant d'exposer le projet managérial intitulé « Donner envie de venir, donner envie de rester : les leviers de l'attractivité et de la fidélisation infirmière en urologie », il me semble pertinent d'exposer le cadre théorique issus de mes lectures et des enseignements du Master 2 « Management des Organisations Soignantes » (MOS), sur lesquels je m'appuierai pour élaborer et déployer des actions en faveur de l'attractivité et de la fidélisation des IDE.

2 Le cadre théorique : Concepts et leviers

Comme exposé précédemment, les définitions, concepts et leviers présentés ci-après sont issus d'une analyse de lectures professionnelles et scientifiques. Les leviers retenus correspondent à ceux que je souhaite mobiliser dans le cadre du projet managérial. Les dispositifs relatifs à l'intégration et à l'accueil des nouveaux professionnels, bien qu'identifiés comme des déterminants majeurs à l'attractivité et la fidélisation, ne feront pas l'objet d'un développement spécifique. En effet ses pratiques sont d'ores et déjà mises en œuvre au sein du service d'Urologie et ont démontré leur efficacité.

Afin de structurer l'analyse et de poser un cadre théorique clair, il apparait nécessaire de définir préalablement les concepts d'attractivité puis de fidélisation. Ces concepts et les notions développés dans le cadre théorique se traduisent de manière opérationnelle à la fois à l'échelle institutionnelle, du DMU et au sein du service en tenant compte de leurs spécificités.

2.1 Attractivité

2.1.1 Définition

« *L'attractivité en ressources humaines désigne la capacité d'une organisation à attirer, retenir et fidéliser les talents grâce à sa réputation, son image de marque employeur, ses valeurs, sa culture et les avantages qu'elle propose. Elle repose sur la perception positive que les salariés et candidats ont de l'entreprise en tant que lieu de travail. Une forte d'attractivité permet d'attirer des candidats qualifiés, de réduire le turnover, d'augmenter la motivation et l'engagement, et de renforcer la compétitivité de l'entreprise sur le marché du travail*[11] »

Sara L. Rynes[12], professeure américaine en management et organisations à l'Université de l'Iowa, définit l'attractivité comme *« la mesure des individus (candidats potentiels ou employés actuels) perçoivent une organisation comme un lieu de travail souhaitable, stimulant et bénéfique pour leur carrière ».*

A travers ces définitions, on voit bien que l'attractivité repose sur l'interaction entre la réputation et les valeurs d'une entreprise et la correspondance entre les besoins des professionnels et les offres de l'établissement appelée équilibre vie personnelle/vie professionnelle. Ces notions seront développées ultérieurement dans la partie fidélité.

Selon la théorie de l'identité sociale[13], l'attractivité repose sur 3 dimensions : une dimension liée à la nature même du travail, la valeur d'intérêt. En urologie, ce sont des soins techniques (sondage vésicale, perfusion, prise de sang, pansements simples à complexes etc..), et des soins éducatifs (soins de stomie). Une dimension en lien avec la valeur sociale reposant sur l'ambiance de travail, la cohésion d'équipe et le soutien managérial. La dernière dimension est la valeur de développement, la capacité de l'organisation à offrir des perspectives d'apprentissage. Les infirmiers d'urologie ont accès à des formations issues de la formation continue. Ils peuvent bénéficier de formations payantes comme des diplômes universitaires ou des masters. Les médecins proposent régulièrement des cours sur les principales pathologies rencontrées dans ce service. Les IDE peuvent évoluer vers les métiers d'infirmiers de coordination ou de pratiques avancées.

Dans la première définition, l'auteur fait mention de la marque employeur, concept intéressant à développer.

2.1.2 La marque employeur

La marque employeur[14] ou appelé plus communément réputation de l'employeur désigne l'image positive de l'entreprise tout en renforçant sa crédibilité et sa réputation. Elle constitue un levier stratégique majeur sur l'attractivité et également la fidélisation. Une marque employeur forte repose sur plusieurs facteurs interdépendants, qui influencent la perception de l'organisation et l'engagement des salariés. Parmi ces facteurs les conditions de travail occupent une place centrale. Elles englobent l'organisation du travail, la charge de travail et l'équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle. Des conditions de travail optimales renforcent le sentiment de bien-être et limitent le turnover. En plus des conditions de travail, un management de proximité et de qualité fondé sur l'écoute, la reconnaissance et la confiance constitue également un élément fondamental dans la réputation de l'établissement et renforce le sentiment d'appartenance à l'organisation. L'accès à la formation continue, la valorisation des compétences ainsi que les possibilités d'évolution en interne sont également des facteurs contribuant à l'image positive de l'entreprise. Un dernier élément, les valeurs comme le respect, l'équité ou encore le sens donné au travail favorisent à donner une marque employeur positive et durable.

[11] Définition Attractivité employeur -work, https://www.m-work.co, consulté le 15/11/2025
[12] Rynes S. L. Recruitment, job choice and post-hire consequences, p. 399-344,
[13] Théorie de l'identité sociale
[14] Marque employeur, https://www.agnes-duroni.com/definition, consulté le 15/11/2025

Dans cette marque de l'employeur on retrouve les 3 dimensions de la théorie de l'identité sociale (valeur d'intérêt, valeur sociale et valeur de développement).

Au-delà de l'image véhiculée par l'organisation, la marque employeur s'appuie également sur des éléments internes structurants. Parmi ceux-ci, la culture organisationnelle joue un rôle déterminant dans l'expérience des professionnels et dans leur engagement au sein de l'institution.

2.1.3 La culture organisationnelle de l'entreprise

Pour Edgar Schein[15], la culture est « *Un ensemble de croyances partagées, de valeurs et de normes qui guident le comportement des membres d'une organisation* ».

La culture hospitalière se partage entre une culture soignante empreinte d'éthique, relation avec le patient, le don de soi et l'expertise technique couplée à une culture administrative marquée par de l'efficience, des indicateurs de performance (tarification à l'activité et Indice de Performance, suivi d'indicateurs, certification) et des contraintes budgétaires avec des répercussions sur l'activité et l'intensification des soins. Pour les IDE d'urologie, cette culture administrative prend souvent le pas sur la culture soignante créant une perte de sens. Or, ce déséquilibre constitue un facteur majeur d'épuisement professionnel et un frein à la fidélisation. Dès lors, la préservation du sens au travail devient une priorité managériale, concrétisée par des actions menées en collaboration avec la cadre de santé.

Cette culture hospitalière ne constitue pas seulement un cadre organisationnel ; elle est le socle sur lequel s'appuient les valeurs fondamentales qui guident chaque jour l'action des soignants.

2.1.4 Les valeurs

Les valeurs constituent un élément structurant de la culture organisationnelle et participent à la construction du sens au travail pour les professionnels. En effet, comme le souligne Christine Chataigné[16], docteure en psychologie sociale et du travail, les valeurs représentent des principes guidant les comportements et les décisions. Dans le contexte organisationnel, elles orientent les pratiques professionnelles et contribuent à définir l'identité collective d'une institution. L'approche développée par le psychologue Milton Rokeach en 1973 permet d'éclairer cette dimension. En distinguant les valeurs instrumentales, qui renvoient aux modes d'action et aux comportements attendus, et les valeurs terminales, qui correspondent aux finalités poursuivies, il met en évidence le rôle des valeurs dans l'orientation des pratiques et des objectifs collectifs. Dans une organisation hospitalière, les valeurs instrumentales peuvent se traduire par des comportements professionnels tels que la coopération, la communication ou le respect entre collègues, tandis que les valeurs terminales se matérialisent dans la recherche d'objectifs plus larges, comme la qualité et la sécurité des soins ou la reconnaissance professionnelle.

Quant à l'APHP, elle a formalisé ses valeurs dans un « Manifeste des valeurs », qui constitue un cadre de référence pour les professionnels et les patients. Parmi ces valeurs figurent notamment le travail en équipe, la coopération entre les métiers, l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que le respect et l'intégration des professionnels. Ces valeurs institutionnelles constituent des leviers importants dans les politiques d'attractivité et de fidélisation des professionnels infirmiers. Comme évoqué précédemment, la qualité du travail en équipe, la reconnaissance professionnelle et les conditions de travail apparaissent comme des facteurs déterminants dans le choix de rester au sein d'un établissement de santé. Lorsque les valeurs affichées par l'organisation se traduisent concrètement dans les pratiques managériales et l'organisation du travail, elles contribuent à renforcer le sentiment d'appartenance, l'engagement professionnel et la satisfaction au travail. Ainsi, dans le cadre de mon projet managérial visant à améliorer l'attractivité et la fidélisation des infirmiers, il m'apparaît essentiel de s'appuyer sur ces valeurs organisationnelles et de les traduire en actions concrètes comme vous le verrez ultérieurement. De cette manière, les valeurs institutionnelles deviennent un véritable levier de

[15] Edgard SCHEIN, sociologue américain, professeur des universités
[16] Institut de psychologie positive appliquée, https://www.lapsychologiepositive.fr, consulté le 7/03/2026

management et contribuent à créer un environnement professionnel favorable à la fidélisation des infirmiers.

2.1.5 Onboarding

Le Onboarding est un processus structuré d'intégration des nouveaux recrutés, de la signature du contrat jusqu'à leur pleine autonomie dans leur poste. Ce processus ne se limite pas à l'administratif, il englobe l'accueil, la découverte de la culture d'entreprise, la création de liens avec l'équipe et le développement des compétences nécessaires[17].

Les Objectifs du Onboarding sont de réduire le stress et faciliter l'adaptation du nouveau salarié dès son arrivée, d'améliorer la satisfaction, la performance et la rétention des nouveaux talents (le taux de rétention peut augmenter de 80% et la montée en compétence s'accélère de 50% grâce à un bon Onboarding) et renforcer l'engagement, la cohésion d'équipe et la marque de l'employeur.

Le processus Onboarding comprend des dimensions clés à mettre en place :

- ✓ Une dimension administrative qui conçoit la préparation des documents, la conformité légale des documents et la création de comptes,
- ✓ Une dimension culturelle qui relève de l'immersion du nouveau professionnel dans les valeurs et les codes de l'entreprise pour développer le sentiment d'appartenance,
- ✓ Une dimension relationnelle avec la présentation aux équipes du nouveau recruté, l'accompagnement par un tuteur pour tisser un réseau interne,
- ✓ Une dimension opérationnelle en lien avec la formation aux outils, la prise en main des missions et la clarification des attentes et des objectifs.

Il est important de respecter le processus de Onboarding car négligé il peut entrainer un isolement, une baisse de motivation, voire un départ prématuré de l'employé, ce qui représente un coût humain et financier important pour l'entreprise. A l'inverse une intégration réussie permet à l'entreprise d'attirer, fidéliser et faire évoluer ses talents, tout en véhiculant une image positive auprès des nouveaux arrivants et de l'ensemble des équipes.

L'efficacité du Onboarding se mesure au travers d'indice de performance (KPI) comme le taux de rétention qui mesure la capacité de l'entreprise à fidéliser à 3, 6, et 12 mois, 24 mois voire plus ses nouvelles recrues. Le délai pour atteindre la productivité attendue est un autre indicateur. Il évalue le temps nécessaire pour qu'un employé soit autonome ou atteigne les objectifs fixés. La satisfaction et l'engagement des nouveaux recrutés sont importants à suivre en recueillant leurs avis via des sondages ou lors d'entretiens individuels. On peut également suivre le taux de formation afin de s'assurer que toutes les formations essentielles ont été suivies et achevées. Le taux de no show indique la part de nouvelles recrues ne venant pas le premier jour, révélateur de problèmes en recrutement ou en communication. Le dernier indicateur qui peut être suivi est le feedback des manager sur l'intégration et la montée en compétence des nouvelles recrues. Le suivi régulier permet d'identifier les points forts et axes d'amélioration du processus d'intégration.

La mesure des indicateurs offre une vision claire de l'efficacité de l'Onboarding et de son impact sur la satisfaction, la performance et la fidélisation des employés.

Pour terminer, le concept de Onboarding, est une étape stratégique qui va bien au-delà de l'attractivité. C'est un levier de performance, d'engagement et de fidélisation des employés sur du long terme.

Dans ma pratique de cadre supérieure, ces éléments constituent des repères essentiels pour orienter les actions managériales en faveur de l'attractivité.

En résumé, l'attractivité peut être définie comme la capacité d'un hôpital, d'un DMU ou d'un service à séduire et à attirer des IDE à travers son image, ses valeurs et ses conditions de travail. Elle est utile pour

[17] Réussissez l'intégration de vos nouveaux collaborateurs avec un Onboarding sur mesure, Alexia Moutier, https://wwwtalentprogram.fr/onboarding-definition, consulté le 18/01/2026

recruter mais elle est sans garantie qu'un professionnel y reste. C'est pourquoi, il est essentiel de lier ce concept à celui de la fidélisation qui est le prolongement de l'attractivité. En effet, la fidélisation renvoie aux professionnels l'envie de rester et de s'engager durablement dans leur pratique soignante. Développer ce concept est donc primordial et fait l'objet du prochain chapitre.

2.2 Fidélisation

La fidélisation est devenue un enjeu crucial dans la gestion des ressources humaines pour un établissement. Un professionnel fidèle est souvent caractérisé par une ancienneté, une faible proportion de turnover, et un sentiment d'appartenance fort. Cela signifie que les entreprises doivent non seulement se concentrer sur la rétention des employés mais également sur les relations professionnelles durables et significatives. Dans le contexte hospitalier, la fidélisation des professionnels de santé s'inscrit à un double niveau, celui de l'établissement et également celui du service, où les conditions de travail, la cohésion d'équipe et le management de proximité jouent un rôle déterminant.

La notion de fidélisation est apparue à la suite des critiques du Taylorisme où l'individu apparait comme un facteur de production. Les critiques font part d'un manque de souplesse, d'une rigidité des organisations, d'une autonomie relative, et enfin de l'inertie au changement. Ses notions sont à retenir et à prendre en compte comme des leviers de fidélisation. Mais avant de les décrire, commençons par définir ce qu'est la fidélisation.

2.2.1 Définition

Selon le Larousse, la définition de la fidélisation : « *s'attacher durablement à une clientèle, un public, par une politique appropriée (information, prix aux services préférentiels etc*[18] »

Selon Jean-Marie PERRETTI, professeur des universités et consultant en gestion des ressources humaines et auditeur social[19], la fidélisation est « *l'ensemble des mesures mises en place par une entreprise pour réduire les départs volontaires de ses employés en maintenant leur attachement à l'entreprise* ». Cette fidélité repose sur des liens d'identification aux valeurs de l'organisation et un engagement durable. Plus concrètement la fidélisation implique la mise en place d'actions visant à motiver, valoriser, former et impliquer les salariés, créant un sentiment d'appartenance fort, qui améliore leur performance et réduit le turnover. Elle englobe des éléments comme une bonne relation avec l'équipe, des avantages adaptés, un management de qualité et une culture d'entreprise partagée.

D'après ses définitions, on peut dire que la fidélisation désigne l'ensemble des actions mises en œuvre par une organisation, pour créer une relation durable et renforcer l'attachement des publics, qu'il s'agisse de clients ou de salariés, afin de favoriser leur engagement, leur satisfaction et leur loyauté sur du long terme. Dans le secteur hospitalier, la fidélisation permet de maintenir une relation de confiance avec le patient mais également de préserver l'engagement et la stabilité des professionnels de santé.

Comme j'ai pu le constater dans mes recherches, la fidélisation est un terme qui découle d'une stratégie de marketing. C'est pourquoi, je vais commencer par aborder la théorie de la fidélisation commerciale avant de m'intéresser à celle de la santé.

2.2.2 Théorie de la fidélisation commerciale et lien avec la santé

Dans le commerce, il existe 3 types de fidélisation[20].
La fidélisation comportementale où le client reste pour la marque de l'entreprise.
La fidélisation subie ou induite où le client reste par un manque d'alternative ou par contrainte.

[18] Définition selon Larousse, https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais, consulté le 15/11/2025.
[19] Fidélisation des salariés, JM PERRETI, https://www.bing.com/search?q=definition+de+la+fidelisation+selon+PERRETI&FORM=AWRE, consulté le 15/11/2025
[20] Les 3 types de fidélisation, https://aktiva2.com, consulté le 15/11/2025

La fidélisation recherchée et attitudinale qui repose sur un fort attachement émotionnel qui incite le consommateur à recommander la marque à son entourage et à s'y engager durablement. Cette préférence peut résulter d'une bonne qualité des produits, d'un prix plus abordable que la concurrence ou encore d'une image positive véhiculée par l'entreprise.

En santé, la fidélisation comportementale peut être traduite comme un professionnel qui reste dans l'établissement, un DMU ou un service en raison des activités qu'il y exerce, pour les prises en charges des patients dans sa globalité, la qualité de soins et la relation avec les autres professionnels. Le professionnel reste pour les conditions de travail et le travail d'équipe. L'analyse des questionnaires « entretiens de perspective » illustre cette théorie.

La fidélisation subie ou induite dépend en partie du contexte territorial. En région parisienne, la forte densité d'offre d'emploi limite l'effet contraignant de la localisation. A l'inverse en zone rurale ou dans des régions sous dotées, la rareté des opportunités professionnelles peut maintenir les soignants en poste malgré une faible satisfaction. Cette fidélisation subie peut également découler de la crainte de changer d'établissement, de service ou d'équipe générant une forme de fidélisation fondée sur l'inertie ou l'appréhension.

La fidélisation recherchée ou attitudinale est visible chez les professionnels qui s'engagent volontairement et durablement dans leur établissement ou leur service. Elle se manifeste par un attachement, un investissement dans la prise en charge des patients, ainsi qu'une participation active aux missions transversales et aux projets institutionnels. Cette fidélisation repose sur l'adhésion aux valeurs de l'institution, de l'établissement, du DMU et/ou du service ainsi que sur un sentiment d'appartenance consolidé. C'est vers cette fidélisation que nous devons tendre.

2.2.3 Théories utilisées couramment en gestion des ressources humaines

La fidélisation des professionnels de santé s'appuie sur plusieurs théories issues de la psychologie du travail et de la gestion des ressources humaines. Ces théories constituent des concepts explicatifs permettant de comprendre les mécanismes qui influencent l'engagement et la fidélisation des salariés. Lorsqu'elles sont mobilisées dans la pratique, elles deviennent de véritables leviers managériaux.

La théorie de l'équité de John Stacey Adams[21], développée dans les années 1960, explique comment les individus perçoivent l'équité dans leurs relations professionnelles. Les employés comparent leurs inputs (contribution) et leurs outputs (récompense) avec celle des autres, ce qui influence leur satisfaction et leur insatisfaction et leur motivation au travail. Les contributions incluent l'effort, les compétences, l'expérience et le temps investi. Les récompenses comprennent le salaire, les avantages et la reconnaissance. L'égalité est perçue lorsque le ratio de contributions et de récompenses est comparable à celui des autres, ce qui donne un sentiment de justice et de satisfaction au travail. Le cadre de santé en garantissant des règles de plannings les mêmes pour tous ou encore en valorisant le travail des IDE ou en les remerciant pour leur implication dans l'organisation du service apporte de la satisfaction et de la motivation. Fidéliser en étant équitable, c'est s'assurer que chaque IDE sente que ce qu'il investit est reconnu à sa juste valeur par rapport à l'effort fourni et par rapport à ses pairs. Les résultats de cette approche sont non seulement bénéfiques pour les employés, mais également pour la performance globale de l'organisation[22].

Le modèle du capital psychologique de Fred Luthans, pionnier du comportement organisationnel positif, est un concept qui englobe plusieurs dimensions essentielles pour le bien-être et la performance au travail. Il se compose principalement de 4 éléments. En premier, l'auto-efficacité, qui est la croyance en ses capacités à réussir des tâches ; puis, l'optimisme qui reflète la capacité à anticiper les résultats positifs ; l'espoir, qui combine le désir d'atteindre des objectifs avec les stratégies pour y parvenir ; et enfin la résilience qui est la capacité à rebondir après des échecs. Ce capital psychologique est considéré comme un atout stratégique, renforçant la performance individuelle et collective, et jouant un rôle crucial dans la gestion du stress et de l'absentéisme au travail. En somme, le capital psychologique est une ressource

[21] La théorie de l'équité de Adams, https://www.bing.com/search?pglt=41&q=la+téhorie+de+l"équité+Adams&cvid, consulté 9/11/2025

[22] Fidéliation du personnel concept et leviers, https://123dok.net/article/fidelisation-du-personnnel-concept-et-leviers, consulté le 9/11/2025

clé qui permet aux individus de faire face aux défis et de s'épanouir dans leur vie personnelle et professionnelle[23]. Nous voyons qu'il s'agit de dimensions intrinsèques propres à chaque individu.

A l'hôpital, les dimensions extrinsèques comme le salaire, les avantages sociaux et la sécurité de l'emploi, rassurent mais elles jouent un rôle limité dans la fidélisation des professionnels. Elles la conditionnent mais elles ne suffisent pas à créer un attachement durable[24].

La théorie d'équité de John Stacey Adams met en évidence l'importance de justice entre les IDE et les organisations. Lorsque les IDE perçoivent que leur investissement est reconnu de manière équitable, cela renforce leur satisfaction et favorise leur motivation à rester dans un service. A l'inverse, un sentiment d'injustice peut générer de la frustration, de la démotivation et favoriser un départ du service. Le modèle du capital psychologique de Fred Luthans, souligne l'importance des ressources psychologiques des professionnels dans leur capacité à faire face aux contraintes de travail. Dans le service d'urologie où l'intensification du travail est régulière le développement de l'auto-efficacité, de l'optimisme et de la résilience peut aider les IDE à mieux gérer la surcharge de travail.

Le rôle du cadre de santé est alors essentiel pour soutenir psychologiquement les IDE en les valorisant ou en les soutenant au quotidien tout en créant un climat de travail positif. En combinant ces deux approches, le management peut favoriser l'engagement des IDE, améliorer leur bien-être et limiter ainsi le turnover dans le service.

La théorie de l'autodétermination développée par Richard Ryan et Edouard Deci[25] explique la motivation à travers la satisfaction de trois besoins psychologiques fondamentaux que sont l'autonomie, la compétence et la raison sociale. Lorsque ces besoins sont satisfaits, les individus développent une forte motivation et un engagement durable.

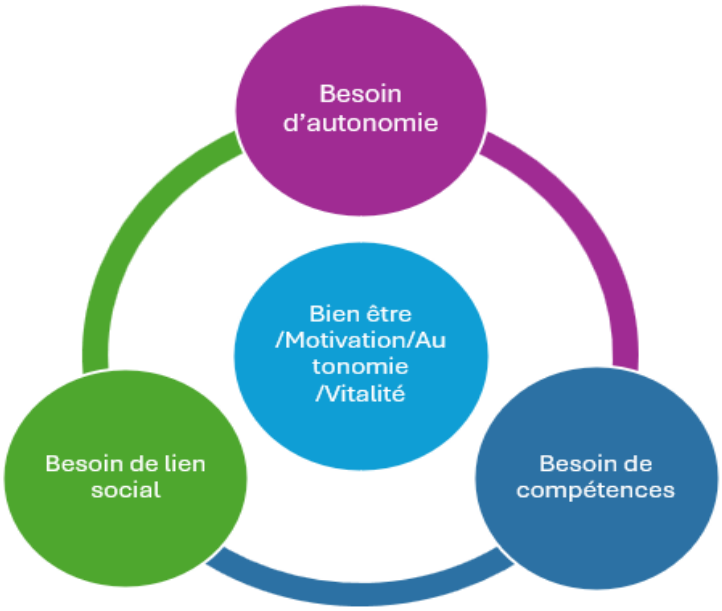


Figure 5 : Motivation : Les besoins fondamentaux psychologiques de Ryan et Deci

Ces théories permettent de comprendre les mécanismes de la fidélisation. Elles sont traduites par des actions concrètes dans le projet managérial.

[23] Le capital psychologique, Fred Luthans, https://www.bing.com/search?pglt=41&q=modele+du+capital+psychologique&cvid, consulté le 9/11/2025
[24] Comment motiver vos employés : fidéliser au lieu de retenir..certainement possible, https://fcctq.ca/motiver-employes-fidelisation, consulté le 1/05/2026
[25] Psychologies pour la formation, chapitre 13, La théorie de l'autodétermination par Richard Ryan et Edouard Deci, par Antonia Csillik et Fabien Fenouillet, p 223 à 240, https://shs.cairn.info/psychologies-pour-la-formation, consulté le 29/11/2025

Ces dimensions s'inscrivent dans la qualité de vie et conditions de travail, enjeu majeur dans le management des équipes soignantes.

2.2.4 La Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT)

Dans un contexte hospitalier marqué par une charge de travail importante, des contraintes organisationnelles et des exigences croissantes en matière de qualité des soins, la QVCT représente un facteur essentiel pour préserver l'engagement et le bien-être des professionnels. La qualité de vie au travail englobe différents éléments tels que les conditions de travail, l'organisation du service, les relations professionnelles ou encore la reconnaissance. Favoriser une qualité de vie au travail satisfaisante apparaît comme un levier important pour soutenir la fidélisation des infirmiers.

Le concept de qualité de vie au travail trouve son origine aux USA à la fin des années 1960 lors de conférences qui conclut que le travail ne se résume pas à la simple perception d'un salaire ou à l'exécution d'ordres hiérarchiques mais englobe des notions telles que la participation aux processus décisionnels et l'exécution des tâches résultant d'une réflexion commune[26]. La qualité de vie au travail repose sur plusieurs axes principaux : le bien-être physique reposant sur des conditions de travail ergonomiques et sécuritaires, une santé mentale satisfaisante en prévenant le stress, le burn out et les troubles liés au travail. Des relations interpersonnelles acceptables en favorisant un climat de travail bienveillant et collaboratif. Des mesures qui visent à concilier l'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle. Le management du cadre de santé structure ces mesures ce qui permet bien-être, performance et l'engagement des professionnels.

En 2013, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) a introduit en plus de la qualité de vie au travail la notion des conditions de travail (QVCT). Cette notion englobe les actions visant à concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises. Elle définit la QVCT comme étant « un compromis équilibré entre les logiques technique, gestionnaire, organisationnelle et sociale, qui se construit avant tout à travers une mise en débat de la réalité du travail dans toutes ses dimensions : organisation, contenu, conditions, résultats[27].

Il n'y a pas de mesure de la QVCT, cependant elle peut être évaluée au travers d'indicateurs significatifs tels que le taux de rotation du personnel au sein de l'entreprise et le taux d'absentéisme. Un faible taux de rotation donne l'indication que les salariés restent dans l'entreprise en sous entendant un bien être au sein de l'organisation. Un faible taux d'absentéisme est un indicateur de bonnes conditions de travail, démontre une motivation des professionnels et renvoie une bonne image d'un établissement.

2.2.4.1 La valeur du travail

La valeur du travail désigne l'importance économique, sociale et morale du travail dans la société, soulignant son rôle dans la création de richesse et l'identité personnelle. Au-delà de l'économie, la valeur du travail a des implications sociales et philosophiques. Le travail est souvent perçu comme un vecteur d'identité et de reconnaissance sociale. Il joue un rôle crucial dans la construction de notre statut au sein de la communauté et dans la réalisation personnelle. La valeur du travail englobe également des valeurs morales et éthiques telles que l'effort, le mérite et la contribution à la société. Les discussions autour de la valeur du travail mettent en lumière les tensions entre le droit au repos et l'importance de l'effort et de la productivité. En résumé, la valeur du travail est un concept complexe qui englobe des dimensions économiques, sociales et morales et qui continue d'évoluer dans le contexte des débats contemporains sur le travail et la société[28].

[26] QVT : comment améliorer la qualité de vie au travail ?, https://www.circles.com/fr/ressources/qvt-comment-ameliorer-la-qualite-de-vie-au-travail, consulté le 22/11/2025
[27] ANACT/QVCT, https://www.anact.fr/la-qvtc-de-quoi-parle-t., consulté le 11/11/2025
[28] La valeur du travail et son sens, Caroline Luu, pages 70 à 72, https://stm.cairn.info/revue-pratiques-2024, consulté le 23/11/2025

2.2.4.2 La reconnaissance au travail

La reconnaissance au travail est un élément central de la QVCT. Le manque de reconnaissance porte atteinte à l'identité des professionnels par une atteinte psychologique impactant la productivité des soins. La reconnaissance est un facteur clé de la qualité de vie au travail. Elle peut se décliner par donner du sens à son action, la valorisation du travail accompli et la récompense du travail effectué.

BOURCIER Claude, professeur en gestion, définit la reconnaissance comme étant centrée sur celui qui émet des signes de reconnaissance « *la reconnaissance est la réaction constructive et personnalisée, exprimée à court terme par un individu à la suite d'une action ou d'une attitude, particulière ou globale, qui constitue un effort méritant d'être relevé à ses yeux* »[29]

On distingue deux catégories de reconnaissance, la valorisation de l'individu et la valorisation des compétences et de l'engagement.

La valorisation de l'individu reconnait les efforts et la contribution des soignants. Cette reconnaissance peut être formelle (surprime, promotion professionnelle, participation à des congrès etc..) ou informelle (un merci, un retour positif lors d'une réunion ou la mise en avant d'une réussite au sein de l'équipe). Ces reconnaissances affirment la valeur accordée aux soignants ce qui renforcent un sentiment de fierté et d'accomplissement. Elles favorisent un climat de confiance, renforcent les liens entre les équipes et sont des puissants facteurs de motivation.

La valorisation des compétences et de l'engagement met en avant au quotidien la contribution des soignants dans la prise en charge des patients ou par la prise d'initiatives personnelles. Cela permet à chacun de se sentir compris, considéré, valorisé et encouragé. Les soignants éprouvent alors une fierté du travail accompli. Les leviers ou les freins sont liés aux conditions matérielles et immatérielles du travail comme les moyens matériels et humains, la charge de travail et la coordination entre les différentes catégories socio professionnelles (Encadrement, médecins, différents paramédicaux, professionnels travaillant en transversal).

Le sentiment de reconnaissance provient du travail réalisé et de l'autonomie laissée aux salariés. C'est une valorisation des compétences acquises, de la valeur de l'individu.

J'identifie la QVCT comme un levier prioritaire dans mon projet managérial, compte tenu des attentes exprimées par les équipes et des contraintes du service

Au regard de ces éléments, la qualité de vie et les conditions de travail, la reconnaissance et la valeur accordée au travail apparaissent comme des déterminants majeurs de la motivation des professionnels. Leur prise en compte ne peut être dissociée d'une réflexion plus large sur la valorisation de l'engagement professionnel.

2.2.5 Valorisation de l'engagement professionnel

Au sein du service d'urologie, caractérisé par des prises en charge techniques et relationnelles ainsi qu'une intensification régulière des prises en charge des patients, l'engagement des IDE constitue un facteur déterminant de la qualité des soins. Dans cette perspective, il est pertinent de la définir ainsi que les leviers d'engagement professionnel comme le sens au travail, l'autonomie, l'empowerment, la motivation. Les risques psycho-sociaux (RPS) seront également abordés comme un facteur de désengagement.

2.2.5.1 Définition

L'engagement professionnel se réfère à l'implication qu'un salarié éprouve envers son travail et son entreprise. C'est un état émotionnel qui influence la performance et la croissance des organisations. Lorsque les employés sont fortement impliqués, ils sont plus susceptibles de rester loyaux envers

[29]Ergonomie et reconnaissance, Claude Bourcier, https://www.ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2019/12/acte-73-self, consulté le 26/10/2025

l'entreprise et de contribuer à sa réussite[30]. Un engagement positif au travail se traduit par des actes de loyauté, un sentiment d'appartenance, le partage de valeurs communes, une participation active dans le temps et la capacité à dépasser ses limites et ses efforts. A contrario, un désengagement se traduit par une démotivation, une diminution de la performance, un dégout de son métier, une atteinte à sa santé ou à son bien-être et l'augmentation des RPS (perte de sens, stress, burn out..).

Il existe 3 niveaux d'engagement du salarié[31]. Un engagement affectif, qui est l'engagement le plus fort. Il est en lien avec les émotions. L'engagement normatif reflète la loyauté et les devoirs du professionnel envers sa hiérarchie et le troisième, l'engagement par obligation matérielle est lié à la sécurité de l'emploi. C'est le degré le plus bas de l'engagement.

Comprendre la dynamique d'équipe, promouvoir un leadership empathique et créer des conditions de travail favorables maximise l'engagement au travail.

Ainsi, au-delà de la définition de l'engagement professionnel comme une implication dans le travail, il convient de s'interroger sur ses leviers. Parmi ceux-ci, le sens au travail occupe une place centrale, parce qu'il conditionne la motivation, l'implication et la satisfaction des professionnels.

Dans le contexte hospitalier, l'engagement des IDE ne peut être dissocié du sens qu'ils donnent à soigner. La perception d'une utilité sociale, la cohérence avec les valeurs professionnelles et la compréhension de leur rôle dans la prise en charge des patients constituent des facteurs déterminants de cet engagement.

2.2.5.2 Le sens au travail source d'épanouissent professionnel

Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), le sens au travail est *« la manière dont une personne perçoit la valeur, l'utilité et l'impact de son activité professionnelle, non seulement pour elle-même (développement, réalisation de soi, dignité) mais aussi pour autrui et pour la société, dans un cadre d'organisation et de management jugé significatif et respectueux*[32] »

Le sens au travail est une construction personnelle et subjective, issue à la fois de l'histoire du rapport au travail dans nos sociétés et de l'expérience individuelle de chacun. Il dépend de la manière dont une personne perçoit**,** interprète et vit son activité professionnelle[33]. Le sens au travail est une construction personnelle, influencée par l'histoire, la culture et l'expérience individuelle. Il dépend de la manière dont chacun interprète son activité professionnelle en fonction de ses valeurs, motivations et parcours.

Trois dimensions structurent cette quête de sens. Une dimension individuelle qui regroupe les valeurs, l'identité et l'utilité personnelle. Une dimension relationnelle qui aborde la qualité des interactions et la reconnaissance. Une dimension organisationnelle qui cadre le travail en laissant une zone d'autonomie et une culture du travail. L'organisation ne donne pas le sens au travail, mais elle créé les conditions pour que chaque professionnel en trouve.

Le sens au travail peut être appréhendé à travers trois dimensions complémentaires : l'utilité sociale, qui désigne l'impact du travail sur la société ; la cohérence éthique et managériale, fondée sur l'alignement entre les discours et les pratiques ; et enfin l'adéquation avec les valeurs de l'individu, associée à sa capacité de développement et d'autonomie.

---

[30] Les nouvelles définitions de l'engagement professionnel, Mondissimo.fr, 16 décembre 2024, https://www.mondissimo.fr/les-nouvelles-definitions-de-lengagement-professionnel.html, consulté le 16/03/2026

[31] Engagement au travail, 10 leviers pour réenchanter le quotidien de vos collaborateurs, Grégory Coste, 19 juillet 2024, https://www.appvizer.fr/magazine/ressources-humaines/engagement-collaborateurs/engagement-travail, consulté le 16/03/2026

[32] Sens au travail : retour sur la semaine pour la qualité de vie au travail et des conditions de travail 2022, https://www.anact.fr/sens-au-travail-retour-sur-la-semaine-pour-la-qualite-de-vie-au-travail-et-des-conditions-de, consulté le 1/05/2026

[33] Donner un sens au travail, chapitre 1, qu'est-ce que le sens du travail, Caroline Arnoux-Nicolas, p3 à 58, https://shs.cairn.info/donner-un-sens-au-travail, consulté le 21/03/2026

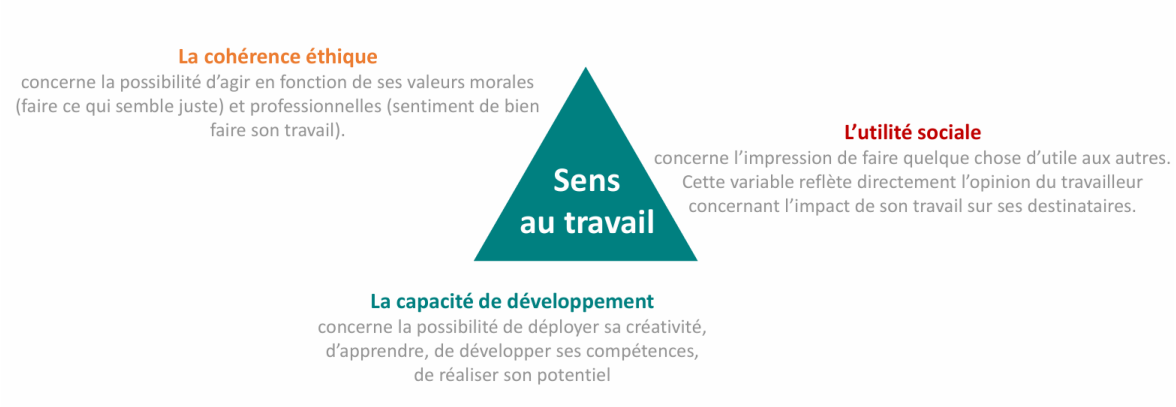


Figure 6 : Source : Travailler mieux, Christine Erhel et Bruno Palier, p 57 à 66.

La démocratie au travail apparaît comme un levier essentiel de construction du sens. En permettant aux salariés de participer aux décisions qui concernent leur activité, elle reconnaît leur expertise issue de la réalité du terrain. Cette prise en compte favorise un sentiment d'utilité, de reconnaissance et d'implication. Ce fonctionnement s'inscrit dans le principe de subsidiarité, selon lequel les décisions doivent être prises au plus près de l'action. Les salariés deviennent ainsi des acteurs dans les organisations, ce qui renforce leur autonomie, leur responsabilisation et leur engagement. Par conséquent, la démocratie au travail contribue à créer un environnement plus cohérent avec les valeurs des individus, et donc porteur de sens.

Ainsi, la construction du sens au travail ne se limite pas à la participation aux décisions collectives, mais implique également une zone d'autonomie dans l'activité professionnelle.

2.2.5.3 L'autonomie

Selon le Larousse, « *Autonomie, du grec Auto, par soi-même et Nomos, règes, désigne la faculté pour un individu de se donner à lui-même ses propres règles de pensée et d'action, indépendamment de toute contrainte extérieure* »[34]

Pour reprendre la théorie de l'autodétermination selon Deci et Ryan développée dans le paragraphe 2.2.3, l'autonomie est la possibilité de choisir par soi-même et se percevoir comme étant à l'origine de nos actions. L'autonomie est une posture à partir de laquelle on peut très bien s'appuyer sur les autres.

L'autonomie est devenue une composante clé de l'engagement au travail. Les professionnels apprécient la possibilité de gérer leur temps et leurs activités de manière libre sans être constamment contrôlés.

Dans l'ouvrage, Les nouveaux modes de management[35], le concept d'autonomie est abordé à travers plusieurs notions complémentaires. Un professionnel autonome ne se limite pas à exécuter des consignes, il est capable de décider, d'ajuster ses actions et de s'approprier pleinement sa mission. Toutefois, ce passage du statut d'« exécutant » à celui d'« acteur » ne va pas de soi ; il repose sur un équilibre fragile entre liberté et sécurité. Ce basculement s'appuie sur le principe de subsidiarité, qui consiste à déléguer la prise de décision au niveau le plus proche du terrain, là où est l'expertise opérationnelle.

L'autonomie n'est pas innée, elle se construit progressivement et nécessite l'adhésion de l'ensemble des salariés. Elle dépend également du profil des équipes, car tous les individus ne souhaitent pas nécessairement prendre des décisions. Sa mise en place repose ainsi sur plusieurs conditions essentielles.

D'abord, l'engagement des salariés est indispensable afin qu'ils participent activement à la gestion de leur activité. Ensuite, l'apprentissage par l'expérience joue un rôle central, avec un droit à l'erreur. En effet,

[34] Dictionnaire de Français Larousse, définition : autonomie, https://www.larousse.fr, consulté le 21/03/2026
[35] Les nouveaux modes de management et d'organisation, Innovation ou effet de mode ?, Suzy Canivenc, lu en décembre 2026

on ne devient pas autonome sans rencontrer d'obstacles, sans analyser ses erreurs et ajuster ses pratiques. Enfin, l'autonomie se développe également grâce à la formation et à l'expérience de terrain, permettant aux professionnels de s'approprier les méthodes de travail et de les adapter à leur manière.

Ensuite, l'accès à une information claire et transparente est essentiel, car cela permet de comprendre, hiérarchiser et prendre des décisions pertinentes. De plus, le soutien managérial demeure fondamental. Le manager ne disparaît pas, mais il devient un véritable « filet de sécurité ». Il doit accorder sa confiance tout en restant disponible pour accompagner les situations complexes.

Enfin, le temps constitue un facteur clé, car l'autonomie nécessite un apprentissage progressif et un ancrage durable dans les pratiques professionnelles.

Les bénéfices de l'autonomie sont nombreux, notamment en termes d'engagement, de satisfaction au travail et d'amélioration du climat social. Toutefois, elle comporte également des risques, en particulier celui de l' « autonomie subie ». En effet, lorsque les moyens, le temps ou la formation font défaut, la liberté peut se transformer en source d'anxiété et de surcharge cognitive. Une autonomie mal encadrée peut ainsi devenir un risque psychosocial, ce qui implique qu'elle soit mise en œuvre de manière progressive et adaptée aux profils de chacun.

En définitive, l'autonomie ne se réduit pas à une simple délégation de pouvoir, mais constitue un levier majeur de transformation managériale. Elle favorise l'engagement des salariés en les faisant évoluer d'un rôle d'exécutant vers celui d'un acteur capable d'adapter ses pratiques. Néanmoins, pour qu'elle soit source de performance et de bien-être, elle doit s'inscrire dans une démarche collective, structurée et progressive, respectueuse des capacités et des attentes de chaque individu.

L'autonomie est étroitement liée au concept d'empowerment, entendu comme un processus d'autonomisation des individus au sein de l'organisation. En effet, si l'autonomie renvoie à la capacité d'un salarié à décider et à agir par lui-même, l'empowerment correspond aux conditions mises en place par l'organisation pour rendre cette autonomie possible. Il s'agit notamment de l'accès à l'information, du droit à l'erreur, de la confiance managériale et de la possibilité de participer aux décisions. Ainsi, l'empowerment apparaît comme un levier essentiel pour favoriser l'engagement et la responsabilisation des salariés.

2.2.5.4 Empowerment

L'empowerment est « un processus d'émancipation et d'autonomisation individuelle, souvent lié à une dynamique sociopolitique de renforcement de l'estime de soi et du développement des compétences personnelles, en interaction avec un engagement collectif pour une transformation sociale. Dans ses versions radicales et féministes, l'empowerment désigne un « processus sociopolitique » qui articule une dynamique individuelle d'estime de soi et de développement de ses compétences avec un engagement collectif et une action sociale transformative[36]

L'empowerment se traduit littéralement par "autonomisation" ou "émancipation". Il désigne le processus par lequel une personne, une équipe ou une communauté acquiert les moyens de prendre des décisions, de résoudre des problèmes et d'exercer un contrôle sur leur vie ou leur travail. Néanmoins, les traductions françaises « autonomisation », « capacités » et « pouvoir d'agir » sont imparfaites car elles perdent soit la dimension de pouvoir, soit celle du processus collectif.

L'empowerment apparait en France dans les années 2000, mais possède une longue histoire dans le monde anglo-saxon. Il est introduit dans des contextes très variés comme le management, le travail social, la santé et l'action associative. Il combine pouvoir et processus d'apprentissage. Il n'est pas qu'un développement personnel mais il doit s'inscrire dans des dynamiques collectives et des projets de transformations sociales. L'enjeu de l'empowerment est de créer des contre-pouvoirs et de véritables espaces de délibération. Sa portée dépend de la manière dont on articule le pouvoir, le collectif, la justice sociale et la transformation politique[37].

[36] La langue Française, https://www.lalanguefrancaise.com/definition/empowerment, consulté le 21/03/2026
[37] L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation, Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener, p 25 à 32, https://shs.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013, consulté le 21/03/2026

Dans un contexte professionnel, l'empowerment consiste à fournir aux employés les outils, les ressources et l'autonomie nécessaires pour prendre des initiatives et atteindre leurs objectifs. Plutôt que de microgérer ou d'imposer des décisions, les managers qui pratiquent l'empowerment encouragent leurs équipes à s'impliquer activement, à innover et à se sentir responsables de leurs actions.

L'empowerment offre de nombreux avantages tant pour les individus que pour les organisations. Il améliore la motivation et l'engagement. En effet, quand les professionnels se sentent valorisés avec un véritable pouvoir de décision, ils sont naturellement plus motivés. Cela se traduit par une meilleure implication dans leurs tâches quotidiennes et une volonté accrue de contribuer au succès de l'entreprise. En permettant aux équipes de prendre des initiatives, l'empowerment favorise l'innovation. Les employés, libres de proposer des idées et d'expérimenter, trouvent souvent des solutions créatives aux défis rencontrés. Les organisations qui adoptent une culture d'empowerment constatent généralement une augmentation de la productivité. Les employés autonomes prennent des décisions plus rapidement et travaillent plus efficacement, ce qui réduit les retards et les inefficacités. Un environnement où les employés se sentent autonomes et soutenus contribue à une meilleure satisfaction professionnelle. Cela réduit également le turnover, car les employés sont plus enclins à rester dans une entreprise où ils se sentent valorisés.

L'empowerment encourage les individus qui le souhaitent à sortir de leur zone de confort et à acquérir de nouvelles compétences. En prenant des responsabilités, ils développent leur confiance en eux et leur expertise. Pour que l'empowerment soit efficace il doit reposer sur la confiance, sur une communication claire et ouverte, sur l'autonomie des professionnels et un accès aux ressources nécessaires[38].

Cette redistribution du pouvoir décisionnel ne prend toutefois tout son sens que si elle s'accompagne d'une compréhension fine des leviers de motivation qui poussent l'individu à s'investir pleinement dans ses missions

2.2.5.5 Motivation

Comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, les concepts de QVCT, de reconnaissance, de sens au travail et d'engagement professionnel renvoient toutes, de manière directe ou indirecte, à la motivation des individus. Il apparaît donc nécessaire d'en préciser les contours afin de mieux comprendre les mécanismes qui sous-tendent l'implication et la fidélisation des professionnels.

La motivation est un élément crucial de nos sociétés. Par définition, elle correspond à une énergie qui pousse à commencer, à maintenir ou à cesser une action difficile ou désagréable à réaliser ou à arrêter. Ce faisant, elle permet d'avancer vers un objectif donné, même en présence de facteurs internes ou externes gênants : fatigue, horaires contraignants, envie de faire autre chose. La motivation, étymologiquement « mettre en mouvement », peut être définie comme une fonction qui active et dirige le comportement vers un but[39].

La motivation au travail constitue un déterminant central de l'engagement et de la fidélisation des professionnels de santé. Elle ne relève pas uniquement de facteurs individuels, mais s'inscrit dans une dynamique organisationnelle et collective. En effet, selon la DARES et l'ANACT, la motivation repose sur plusieurs leviers complémentaires, parmi lesquels la reconnaissance professionnelle, l'autonomie dans le travail, la qualité des relations au sein de l'équipe, ainsi que les conditions d'exercice.

Dans le secteur hospitalier, ces éléments prennent une importance particulière, compte tenu des spécificités du métier infirmier. De plus, les travaux de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) soulignent que des pratiques managériales adaptées, favorisant l'écoute, le soutien et la valorisation des compétences, contribuent significativement à renforcer la motivation et l'implication des professionnels. À l'inverse, un manque de reconnaissance, une dégradation des conditions de travail ou

[38] Empowerment : définition, avantages et stratégies pour une autonomisation réussie, https://www.leblogdudirigeant.com/empowerment-definition-avantages-et-strategies, consulté le 21/03/2026
[39] La motivation, institut du cerveau, https://institutducerveau.org/fiches-fonctions-cerveau/motivation, consulté le 22/03/2026

une perte de sens peuvent entraîner une démotivation, se traduisant par un désengagement, un absentéisme accru, voire des départs de la profession.

Alors, la motivation apparaît comme un levier essentiel non seulement de qualité de vie au travail, mais également de fidélisation durable des IDE.

Si la motivation constitue un levier essentiel de performance et d'engagement, elle peut toutefois être fragilisée par certains facteurs organisationnels, donnant ainsi lieu à l'émergence de risques psychosociaux qu'il convient d'identifier et de prévenir.

2.2.5.6 Risques Psycho-Sociaux (RPS)

Selon le code du travail, « *Les RPS sont les risques liés à l'environnement professionnel qui portent atteinte à la santé physique et mentale des travailleurs. Ils sont à l'interface de l'individu (psycho) et de sa situation de travail* [40]*».*

Les RPS se définissent comme l'ensemble des situations de travail susceptibles de générer du stress, de l'épuisement professionnel ou encore des tensions relationnelles, en raison d'un déséquilibre entre les exigences professionnelles et les ressources dont dispose le salarié pour y faire face.

Ces risques trouvent leur origine dans plusieurs facteurs, comme une organisation de travail inadaptée (surcharge, manque de clarté des objectifs), des pratiques managériales défaillantes (manque de reconnaissance, communication insuffisante) ou encore un contexte de changement mal accompagné.

Les conséquences peuvent être multiples : démotivation, absentéisme, turnover, voire dégradation du climat social.

La prévention des RPS est un levier qui permet de concilier la qualité de vie au travail et la performance au travail.[41]

Dans le secteur hospitalier, les RPS sont particulièrement prégnants en raison des contraintes propres à l'activité des soins. La perte de sens peut émerger lorsque les professionnels de santé ne disposent pas du temps ou des moyens nécessaires pour assurer une prise en charge conforme à leurs valeurs. De plus, l'intensification du travail liée aux tensions sur les effectifs, au mode de financement et à la montée des contraintes administratives, accentue la fatigue physique et mentale des équipes. À cela s'ajoutent des conflits éthiques quand les soignants ont le sentiment de réaliser un travail dégradé ou contraire à leurs exigences professionnelles. L'ensemble de ces facteurs favorise l'apparition de stress, d'épuisement professionnel source de désengagement, impactant à la fois la qualité de vie au travail et la qualité des soins prodigués.

Les soignants ont une forte exposition aux RPS. Dans ce contexte, le rôle du manager devient central afin d'identifier les signaux, d'améliorer les conditions de travail, de soutenir les équipes et de préserver à la fois leur bien-être et la qualité des soins.

2.3 Management

2.3.1 Définition, rôles, fonctions et qualité du manager

Le management occupe une place centrale dans l'organisation des services hospitaliers et dans la gestion des équipes paramédicales. Il regroupe l'ensemble des méthodes et des pratiques visant à coordonner, organiser et orienter les ressources d'une organisation afin d'atteindre des objectifs définis, qu'ils soient institutionnels ou propres à une unité de soins. À ce titre, le management peut être défini comme

[40] Risque psychosociaux - Code du travail numérique, https://code.travail.gouv.fr/glossaire/risque-psychosociaux, consulté le 1/05/2026

[41] Risques psycho-sociaux, INRS, https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html, consulté le 23/03/2026

l'ensemble des actions consistant à prévoir, organiser, décider, diriger et évaluer les ressources humaines, matérielles et financières dans une logique de performance et d'efficience[42].

Dans le secteur hospitalier, le management ne se limite pas à la gestion des missions. Il implique une vision globale intégrant à la fois des dimensions organisationnelles, stratégiques et humaines. Le manager doit ainsi être en mesure d'anticiper les besoins, de planifier les activités et de s'adapter à un environnement en constante évolution. Son rôle consiste à mobiliser les ressources disponibles de manière optimale afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, tout en veillant au bien-être des professionnels. Cette double exigence souligne la complexité de la fonction managériale en milieu de santé.

Le cadre de santé, en tant que manager opérationnel, est directement impliqué dans la gestion quotidienne des équipes et de l'activité de soins. Il assure la coordination des professionnels, l'organisation du travail et le suivi des pratiques.

À un niveau plus stratégique, le cadre supérieur de santé intervient dans la planification à moyen et long terme, ainsi que dans la conduite de projets et la prise de décisions institutionnelles.

Dans ce contexte, le manager de proximité devient un acteur clé de la performance collective, tandis que le manager stratégique porte la vision et les orientations globales[43].

Le management repose classiquement sur plusieurs fonctions essentielles. La planification consiste à définir des objectifs et à anticiper les actions nécessaires à leur atteinte. L'organisation vise à structurer et répartir les ressources de manière efficiente. L'animation correspond à la capacité du manager à mobiliser, encadrer et motiver les équipes, notamment à travers la communication et la gestion des relations professionnelles. Le contrôle permet d'évaluer les résultats obtenus et d'ajuster les actions si nécessaire. Enfin, la coordination assure la cohérence des activités et favorise une collaboration harmonieuse entre les différents acteurs.

Au-delà de ces fonctions, le manager joue un rôle déterminant dans le développement des compétences et la cohésion des équipes. Il accompagne les professionnels dans leur évolution, notamment par la formation, le suivi des performances et le soutien au développement professionnel. Il contribue également à instaurer un climat de travail favorable, propice à l'engagement, à la coopération et à la qualité des soins.

L'exercice du management repose également sur des qualités personnelles essentielles. Le leadership permet d'inspirer, de donner du sens et de mobiliser les équipes au-delà de la simple autorité hiérarchique.

La communication favorise la transmission d'informations claires et le développement de relations de confiance.

L'adaptabilité est indispensable pour faire face aux situations imprévues et à la diversité des profils professionnels.

La capacité à résoudre les problèmes garantit la continuité et la sécurité de l'organisation.

Enfin, l'esprit d'équipe permet de renforcer la collaboration entre les différents acteurs du système de santé et de promouvoir une dynamique collective.

---

[42] Qu'est ce que le management ? Définition, rôle et responsabilités du manager, https://www.emd.fr/qu-est-ce-que-le-management, consulté le 30/03/2026

[43] La boite à outils du manager de managers, André Hamayon-Jacques Isoré-Jean-Pierre Testa, édition DUMOD, p13

Pour conclure, le management apparaît comme un levier essentiel pour concilier la performance organisationnelle et le bien-être des professionnels.

2.3.2 La performance

Selon le dictionnaire Larousse en ligne *« la performance correspond au résultat obtenu par une personne, une machine ou une équipe dans l'exécution d'une tâche, ainsi qu'à une réussite remarquable ou un exploit dans un domaine donné [44]».*

Cette vision centrée sur le résultat trouve un prolongement opérationnel dans le modèle de Gilbert qui définit la performance comme la concomitance de trois dimensions.

Dans le cadre de la gestion de la performance, le triangle de la performance de Patrick Gilbert[45] propose une grille de lecture qui positionne la performance au centre d'un équilibre entre trois dimensions : l'efficacité, l'efficience et la pertinence.



Figure 7 : Le triangle de la performance de Gilbert (1980), source https//Monday.com/projet/logociel

L'efficacité renvoie à la capacité de l'organisation à atteindre les objectifs fixés, en comparant les résultats obtenus aux objectifs prédéfinis. L'efficience, quant à elle, mesure l'optimisation des moyens mis en œuvre, c'est-à-dire la capacité à produire les résultats attendus avec un usage rationnel des ressources (temps, coûts et personnels). Enfin, la pertinence évalue la cohérence entre les objectifs poursuis et les moyens réellement disponibles ou mobilisable. Cela implique de se donner des moyens adaptés et réalistes pour atteindre ses fins. Ainsi, selon Gilbert, être véritablement performant signifie être à la fois efficace en atteignant ses objectifs, efficient en utilisant les ressources de manière optimale et pertinent en s'assurant que ces objectifs et ces moyens sont en accord avec la stratégie et la réalité de l'organisation.

Dans le secteur hospitalier, la notion de performance ne se limite pas à des résultats quantitatifs. Elle intègre également des dimensions qualitatives telles que la qualité et la sécurité des soins, la satisfaction des patients, mais aussi le bien-être et l'engagement des professionnels.

Dans le cadre de mon projet managérial, en se référant au triangle de Gilbert, l'efficacité correspond à la capacité qu'on les IDE à atteindre les objectifs fixés en effectuant des soins de qualité. Quant à l'efficience, elle renvoie à l'utilisation rationnelle des moyens. Elle s'applique plutôt au cadre de santé qui optimise les ressources humaines au regard de l'activité ainsi qu'au cadre supérieur de santé avec sa fonction contrôle et de soutien auprès du cadre de santé. Pour finir, la pertinence interroge la cohérence entre les objectifs et les moyens réellement disponibles. On voit bien que le manager joue un rôle central dans la construction de cette performance globale, en conciliant exigences organisationnelles et ressources humaines.

Le management situationnel est précisément la posture qui permet d'ajuster, au cas par cas, les objectifs, les moyens mobilisés et les résultats pour restaurer ou maintenir la performance.

---

[44] Définition de performance, dictionnaire en ligne de français Larousse, https://www.larousse.fr/francais/performance, consulté le 2/05/2026.

[45] Le triangle de la performance, https://orquali.com/le-triangle-de-la-performance, consulté le 30/03/2026

2.3.3 Management situationnel

Le management situationnel a été développé par Paul Hersey et Ken Blanchard dans les années 1970. Les 2 chercheurs voulaient trouver un moyen pour les managers de s'adapter aux besoins de leurs collaborateurs en fonction de leurs niveaux de compétences et de motivation et non simplement en suivant un leadership rigide.

Selon la théorie de Paul Hersey et Ken Blanchard, théoriciens américains du management, « *le management situationnel est une approche de leadership qui adapte le style de management aux compétences et à la maturité des collaborateurs* »[46]. Cette méthode vise à optimiser la performance, en fonction de la situation en alternant entre une directive et un coaching, un soutien et une délégation.

Le management situationnel offre une grande flexibilité en entreprise en s'adaptant aux besoins individuels des collaborateurs, boostant la motivation et la performance.

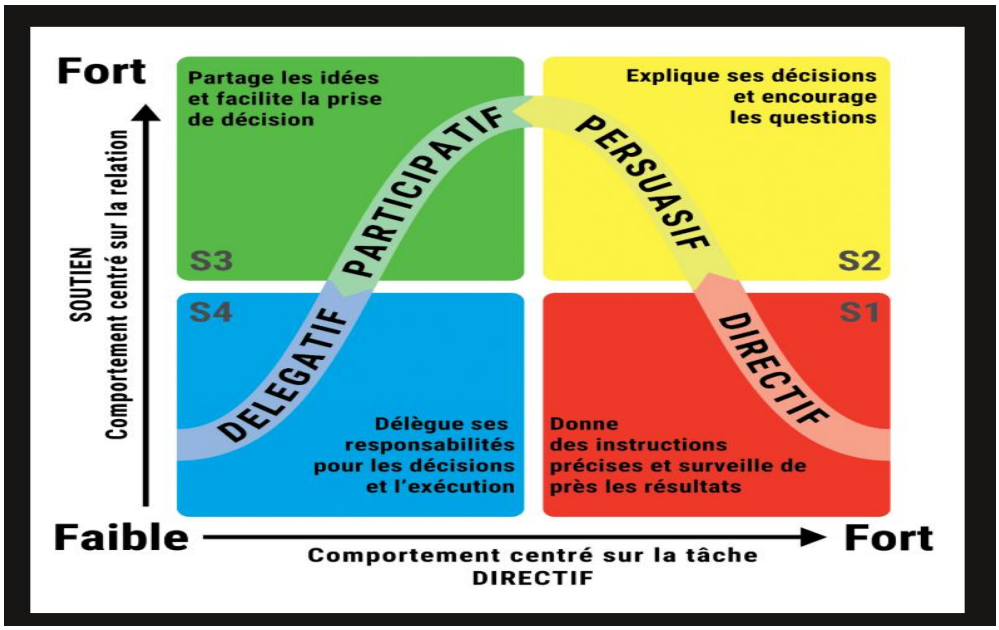


Figure 8 : Hersey-Blanchard Leadership model, https://managementvisuel.fr/infomapping-la-theorie-du-leadership-situationnel-selon-hersey-blanchard

Cette matrice illustre les quatre quadrants du modèle, avec un chemin de développement progressif vers plus d'autonomie.

Ce modèle reprend 4 styles principaux de management.

- ✓ Le style directif (S1) : le manager donne des instructions unilatérales, claires et précises. Il contrôle étroitement l'exécution des tâches. Ce style de management repose sur une communication descendante. IL privilégie la rapidité et l'autorité traditionnelle sans réelle consultation des collaborateurs. Ce style de management est à utiliser plutôt pour des employés juniors motivés dont les compétences sont à développer. Ce style doit être combiné à des styles plus participatifs afin de ne pas risquer de la démotivation au sein d'une équipe. Utilisé de manière durable il favorise le turnover des équipes car il freine la créativité et l'autonomie.
- ✓ Le style persuasif (S2) repose sur la conviction et la motivation des équipes par des arguments convaincants plutôt que sur l'imposition autoritaire. Il favorise l'acceptation du changement grâce à une communication fluide et empathique. Ce management demande un fort charisme du manager et il prend du temps car il laisse la place aux débats et arguments, ce qui peut ralentir les processus décisionnels. Ce style de management est à utiliser pour des professionnels

[46] Management situationnel, Paul Devaux, https://pauldevaux.fr/management-situationnel, consulté le 30/03/2026

motivés dont les compétences sont en cours d'acquisition. Il s'intercale entre le management directif et le management participatif.

- ✓ Le style participatif (S3) implique fortement les collaborateurs dans les prises de décision, favorisant l'intelligence collective et l'autonomie au sein des équipes. Il renforce la motivation, l'innovation et la cohésion d'équipe. Il réduit le turnover grâce à un sentiment d'appartenance fort. Là encore, ce management prend du temps car il demande écoute, explication et consensus. Ce style de management est à utiliser pour des équipes qualifiées et stables avec une maitrise de leurs compétences.
- ✓ Le style délégatif (S4) : Les salariés ont une totale autonomie dans la prise des décisions et l'organisation de leur travail. Le manager est en retrait, il fixe les objectifs et suit les résultats. Il accorde toute sa confiance à son équipe. Il joue un rôle de coach. C'est un « filet de sécurité ». Ce management développe l'autonomie des professionnels, génère de la motivation. Il libère du temps pour le manager qui peut effectuer d'autres missions. Ce style de management est à utiliser pour des employés motivés et experts[47].

Le management situationnel favorise l'engagement, réduit le turnover et optimise les formations des salariés. Il encourage l'évolution vers l'autonomie, améliorant le bien-être et la performance collective. Cependant il exige une flexibilité du manager. Il est à plébisciter dans la fidélisation des professionnels.

Après avoir exploré le management situationnel qui adapte le style au contexte et aux individus, passons au management générationnel qui ajuste les approches aux spécificités des cohortes d'âge au sein des équipes. Ils sont deux approches complémentaires mais distinctes dans la gestion des équipes. Un manager utilise des styles variables selon les besoins générationnels. Intégrer le management situationnel au management intergénérationnel permet une adaptation fine des styles de leadership aux besoins de chaque génération, maximisant l'efficacité globale des équipes.

2.3.4 Management générationnel

Une génération dépasse largement une simple tranche d'âge. Il s'agit d'un groupe d'individus partageant des expériences communes, des valeurs similaires et des références culturelles identiques. Les sociologues s'appuient sur plusieurs critères fondamentaux. L'âge constitue le premier indicateur, généralement étalé sur 15 à 20 ans. Mais ce qui définit véritablement une génération, ce sont les évènements marquants vécus pendant l'enfance et l'adolescence. Je m'intéresserai plus particulièrement aux générations X, Y et Z, générations qui composent l'équipe d'IDE du projet managérial.

2.3.4.1 Génération X, Y et Z

La génération X née entre 1965 et 1980. Cette catégorie représente 16 millions de personnes dans la population totale française. Elle doit son nom au roman de Douglas Coupland publié en 1991. La principale force de cette génération est l'adaptation. Leur rapport est travail est différente de la génération des baby-boomers, nés entre 1946 et 1964. La génération X est moins loyale envers son employeur que la génération précédente. Elle a déjà plus d'attachement à l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle. Elle a une philosophie de vie « travailler pour vivre ». Elle a une approche économique avancée et mûre, privilégiant l'efficacité pratique, l'adaptation aux réalités du marché et les résultats concrets mesurables plutôt que des théories abstraites ou idéologiques rigides. Elle a accès à l'information par des articles de fond et des explications détaillées. Pour attirer une génération X, il est important de diffuser des messages axés sur la praticité et l'efficacité. Cette génération apprécie les contenus éducatifs liés au travail, à la parentalité et au développement personnel.

La génération Y, née entre 1981 et 1996. C'est la génération digitale appelée également millennials. C'est l'équilibre avant tout. C'est la génération la plus éduquée selon le forum économique mondial. Ils ont grandi pendant l'essor d'internet, découvrant progressivement les possibilités du numérique. Cette double culture leur confère une adaptabilité remarquable. Mais attention, cette génération a subi de plein fouet les crises économiques. Ils ont connu la plus faible croissance économique depuis leur entrée sur le marché de l'emploi. Ces difficultés ont façonné leur approche de travail et leurs priorités de vie. Les millenials révolutionnent le rapport au travail. Il recherche le sens dans les missions qu'ils effectuent, les

[47] Manager Go !, l'essentiel du management, quel style de management adopter ? https://www.manager-go.com/management/styles.htm, consulté le 30/03/2026

entreprises porteuses des mêmes valeurs que les leurs, ils considèrent les opportunités d'apprentissage comme importantes et ils sont plus pour l'entrepreneuriat. Cette approche transactionnelle du travail contraste avec la loyauté des générations précédentes. L'accès à l'information se fait par des contenus interactifs et des formats vidéo. La génération Y exige une connexion émotionnelle authentique. Elle réagit favorablement aux campagnes mettant en avant les valeurs sociales et l'engagement sociétal des marques employeurs. L'employeur doit être cohérent entre son discours et ses actions.

La génération Z, née entre 1997 et 2012, est surnommée la génération des « zoomers » car elle passe environ 10 heures connectées. Elle représente donc les premiers « digital natives » véritables. Cette immersion digitale permanente façonne leur rapport au monde et leurs modes d'interactions. L'authenticité constitue leur valeur fondamentale. Cette génération privilégie la transparence et la communication directe. C'est une génération avec un engagement social fort et une conscience aiguë pour l'écologie. Elle est la première a atteindre 50% de diversité ethnique, elle fait de l'égalité et de la justice sociale un combat prioritaire. D'ici 2030 elle représentera 30% des forces de travail mondiales, transformant radicalement les attentes en matière d'emploi. Au niveau des attentes du travail, la recherche du sens au travail est une exigence. Elle place la finalité du travail au cœur de ses choix professionnels, acceptant parfois des rémunérations moindres mais des missions alignées avec ses valeurs. Pour cette génération, l'information est sous forme de contenus courts et visuels, adaptés au mobile. Cette hyper information contribue à des décisions plus éclairées mais également plus volatiles. La génération est authentique. Elle détecte tout de suite les messages markéting de l'employeur artificiels et les rejette. Elle privilégie la spontanéité et l'interaction directe. La personnalisation devient essentielle. Les messages doivent être adaptés individuellement et correspondent au format des réseaux sociaux type Tiktok, Snapchat et Instagram[48].

Aspect	Génération X (1965-1980)	Génération Y (1981-1996)	Génération Z (1997-2012)
Contexte clé	Crises économiques, divorces élevés, émergence PC	Internet naissant, mondialisation	11 septembre 2001, Crise 2008, smartphones, réseaux sociaux
Valeurs principales	Indépendance, scepticisme, débrouillardise	Sens, équilibre vie pro/perso, créativité	Pragmatisme, engagement social/écolo, tolérance
Relation au travail	Pragmatique, sécurisant, équilibre	Épanouissement, engagement	Flexibilité, autonomie, liberté
Technologie	Pionniers PC/jeux vidéo, adoption progressive Internet	Digital natives partielles, mobiles/réseaux sociaux	Nés avec smartphones/web social
Information	Contenus éducatifs liés au travail, à la parentalité et au développement personnel	Réagit favorablement aux campagnes valorisant les valeurs sociales, l'engagement et un employeur cohérent entre son discours et ses actions.	Exige des messages spontanés, vrais, sous forme des réseaux sociaux.

Figure 9 : Tableau comparatif des générations X Y et Z (source : tableau des générations : guide complet et comparatif 2025, https://www.maminutebeaute.fr/tableau-des-generations-guide-complet-et-comperatif-2025,

[48] Tableau des générations : guide complet et comparatif 2025, https://www.maminutebeaute.fr/tableau-des-generations-guide-complet-et-comperatif-2025, consulté le 30/03/2026.

Au regard de ces descriptifs, on comprend l'enjeu majeur du management multigénérationnel afin de maximiser les ressources professionnelles en place.

2.3.4.2 Management générationnel

Le management générationnel désigne l'ensemble des pratiques managériales qui visent à piloter et à harmoniser le travail d'équipes composées de plusieurs générations au sein d'une même organisation.

A l'hôpital comme dans toutes les entreprises, plusieurs générations cohabitent avec des attentes et des comportements différents. Comprendre ces différences est essentiel pour attirer et fidéliser les professionnels. Comme nous venons de le voir, chaque génération a des attentes et des besoins spécifiques en matière de travail. Les managers doivent donc s'adapter à ses différences afin de créer un climat professionnel attirant et donnant ensuite aux professionnels l'envie de rester. Ces différences de prime abord semblent être sources de difficultés. C'est pourquoi le manager doit en faire des atouts en adaptant son management aux individus.

Les générations Y et Z mettent davantage l'accent sur le sens au travail, l'équilibre vie personnelle/vie professionnelle, la flexibilité et la reconnaissance que sur la stabilité ou la seule hiérarchisation. La génération X valorise plus la sécurité de l'emploi, la continuité de carrière et la hiérarchie structurée ce qui peut créer un décalage de temporalité dans l'engagement.

Les générations Y et Z tendent à questionner davantage l'autorité formelle justifiée par l'expertise que par l'ancienneté. Ce qui peut être perçue comme un manque de respect ou de loyauté par la génération X. Alors qu'il s'agit souvent d'une demande de dialogue et de co-construction[49].

Les modes de communication sont également différents. Les générations Y et Z privilégient des canaux rapides, numériques et horizontaux (réseaux sociaux, messageries instantanée, outils collaboratifs) alors que la génération X préfère le papier et le face à face. Ce décalage peut entrainer des malentendus sur le ton, la rapidité des réponses avec une sensation de « déconnexion » entre les générations[50].

Les jeunes expriment une forte mobilité. Changer souvent d'entreprise pour eux est normale pour progresser, ce qui peut être regardée comme un manque de fidélité pour les générations X[51]. Tous les profils convergent cependant sur la demande de montée en compétence avec des attentes différentes. Des formations rapides, des projets ultravisibles, du micro-Learning pour les plus jeunes, versus des parcours plus linéaires pour la génération X[52].

Chaque génération à apprendre des autres générations. Le cadre de santé doit donc encourager l'échange d'expériences. La génération X a plus d'expérience et de maturité pour effectuer leurs missions. Les professionnels issus de cette génération pourront transmettre leur savoir-faire. Quant aux générations Y et Z, elles pourront apporter une autre vision et ainsi apporter de la « fraicheur » aux organisations. Elles apprécient de la flexibilité en matière de travail. Possibilité de travailler à distance, de choisir des horaires flexibles. En répondant à ces choix, les employeurs vont se démarquer des directeurs plus rigides.

La génération Z apprécie la transparence dans le partage des informations. La génération Y est ambitieuse et cherche à gravir rapidement les échelons. La génération X aime également la transparence qui la rassure. Face à ces différences de comportements générationnels, le cadre de santé doit encourager le travail collectif en créant un climat de confiance et de reconnaissance, en valorisant publiquement l'expertise des seniors (procédures et culture de l'entreprise) tout en reconnaissant l'apport des plus jeunes dans les nouvelles pratiques, les outils informatiques et la créativité. Il doit éviter les discours

[49] Observatoire sociétal des entreprises : le rapport au travail de la génération Z, https://www.ipsos.com/fr-fr/obervatoire-societal-des-entreprises-le-rapport-au-travail-de-la-generation-z, consulté le 6/04/2026

[50] Carrefour RH, RH : le défi des générations, https://carrefourrh.org/ressources/revue-rh/volume-20-no-2/rh-le-defi-des-generations, consulté le 6/04/2026

[51] Management générationnel : une approche à reconsidérer, emlyon business-school, https://em-lyon.com/fr/executive/guides/management-generationnel, consulté le 6/04/2026

[52] Le rapport au travail des différentes générations : une évolution marquée sur 50 ans, https://www.abcportage.fr/portage-salarial/actualites/2024-11/le-rapport-au-travail-des-differentes-generations-une-evolution-marquee-sur-50-ans, consulté le 6/04/2026

stéréotypés du genre « les jeunes ne peuvent pas comprendre », en mettant l'accent sur la complémentarité des générations.

Le cadre doit favoriser des binômes juniors/séniors sur des missions réelles afin que l'apprentissage se fasse par des expériences de terrain et non de manière théorique. Lors de l'intégration, le cadre organise du mentorat qui peut perdurer tant que nécessaire.

Le cadre de santé doit favoriser des formats de diffusion de l'information multiples et correspondant aux attentes des générations.

Le cadre doit favoriser une transmission réciproque. Encourager les professionnels les plus expérimentés à apprendre de la technologie et de la créativité des plus jeunes et les juniors à s'approprier la rigueur, la prudence et la vision à long terme des ainés.

Les entreprises qui favorisent la transmission générationnelle constatent une meilleure intégration des nouveaux recrutés et une montée en compétence plus rapide se traduisant par une baisse de l'absentéisme et une hausse de la productivité. Il y a également un effet sur la cohésion d'équipe et le bien-être au travail. La mixité des générations permet une stimulation cognitive des séniors. La transmission intergénérationnelle est un levier rentable dans la fidélisation du personnel. En montrant aux jeunes qu'ils sont encadrés et valorisés, et aux plus expérimentés qu'ils gardent une place utile le turnover des professionnels est plus faible.

En pratique, le plus efficace est de combiner du formel et de l'informel dans un cadre clairement définis couplé à une relation humaine de confiance et de respect mutuel.

Le management générationnel vise à dépasser les stéréotypes en valorisant les forces de chacun. C'est une réponse aux réalités d'une population active très diversifiée, qui vise à transformer la diversité des âges en intelligence collective plutôt qu'en source de tensions.

Pour favoriser la transmission des savoirs intergénérationnels, il faut combiner un cadre structuré, une posture managériale bienveillante et des dispositifs concrets d'échange entre les professionnels juniors et les professionnels les plus expérimentés. Une communication transparente et différenciée participe à un management intergénérationnel réussi.

2.4 Communication managériale et intergénérationnelle

La communication désigne le processus par lequel un émetteur transmet un message à un récepteur via un canal, en utilisant un code partagé avec une possibilité d'interactions et de bruits perturbateurs. Ce modèle classique, inspiré de Shannon et Weaver[53], met l'accent sur la transmission d'informations verbales, écrites ou non verbales. En sciences sociales et linguistiques, la communication implique aussi un échange réciproque visant à créer du sens commun ou à influencer.

Du latin communicare « mettre en commun », la communication va au-delà de la simple transmission pour inclure une relation et un partage. Elle est analysée comme un phénomène social impliquant, codage, décodage et feedback[54].

Chez Autissier et Moutot, la communication est conçue comme un levier central de la conduite du changement et non comme un simple outil d'information. Ils insistent sur le fait que le changement ne peut se faire qu'en communiquant. La communication sert à informer, à faire comprendre, à susciter l'adhésion et à encourager la participation des acteurs. Les auteurs préconisent de cibler le public (manager, équipes, directions etc..), puis de personnaliser le message et mettre en place un plan de communication structurée avec des objectifs et des messages clairs, des supports et un calendrier. Pour eux, la communication est aussi pensée comme un moyen de détecter et traiter les résistances. La

[53] La communication, de Shannon et Weaver à aujourd'hui, Labor.Agora, le blog qui vulgarise les sciences sociales a travail, https://laboragora.com/index.php./2017/05/27/communication_shannon_weaver, consulté le 6/04/2026

[54] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, https://www.cnrtl.fr/definition/communication?utm_source, consulté le 6/04/2026

communication permet de rassurer, clarifier les objectifs, répondre aux questions et montrer que les inquiétudes sont prises en compte[55].

La communication managériale[56] désigne l'ensemble des échanges entre le manager et les professionnels et également entre le manager et ses supérieurs hiérarchiques. Elle ne se limite pas à transmettre des informations. Elle permet de clarifier les objectifs, les missions et les priorités, évitant ainsi les malentendus. Une communication claire et transparente augmente l'efficacité professionnelle. Elle favorise l'engagement des professionnels car elle donne du sens aux décisions en expliquant le « pourquoi » des actions. Elle est donc un levier majeur dans le management.

Il existe 3 flux de communication. Une communication descendante, c'est-à-dire du manager vers l'équipe. Ce sont des informations, des consignes ou des retours. Le manager dispose également d'une communication ascendante. Les informations remontent du terrain vers le manager. Les professionnels font remonter leurs difficultés, leurs idées et alertent de certaines situations. Il y a la communication transversale entre pairs ou services. Elle sert à coordonner, collaborer et décloisonner. C'est un outil de gestion des conflits et d'instauration d'un climat de confiance

La communication apparaît comme un pilier fondamental du management, bien au-delà d'un simple échange d'informations. Elle constitue un processus relationnel complexe, fondé sur le partage de sens, l'écoute et l'adaptation aux interlocuteurs.

Dans le contexte managérial, une communication claire, structurée et bienveillante favorise la compréhension des objectifs, renforce l'engagement des équipes et contribue à instaurer un climat de confiance. Elle devient ainsi un véritable levier stratégique permettant d'améliorer la performance collective, de prévenir les conflits et de répondre aux enjeux organisationnels, notamment dans un environnement marqué par la diversité des profils et des générations. Une communication claire et transparente favorise la fidélisation des professionnels.

Un manager communiquant est un manger qui parle clairement, qui adapte son discours aux individus, à la situation. Il choisit les bons canaux en utilisant par exemple une réunion, des mails et des outils collaboratifs. La communication est centrale pour comprendre les attentes, les valeurs et usages de chaque individu et donc de chaque génération.

La communication intergénérationnelle devient alors un défi au même titre que le management intergénérationnel. En tenant compte des différences et en adoptant l'approche, le cadre de santé peut favoriser une coopération harmonieuse entre les différentes générations. Quel que soit la génération, le cadre doit communiquer clairement sur les attentes à atteindre. Il est donc dans l'obligation d'énoncer les objectifs et les informations pertinentes à tous les salariés.

Une communication de qualité et bienveillante à plusieurs enjeux. Elle aide à accompagner les changements en réduisant les résistances et l'anxiété des professionnels. Elle renforce la cohésion d'équipe, la productivité et favorise la rétention des employés.

La communication dans le management est un levier stratégique de pilotage de l'organisation. Elle croise l'analyse des organisations, les théories de la communication (analyse des individus et construction des messages), le management des parties prenantes et des équipes (conduite de réunions, animation des équipes, gestion de conflit, communication interne et dialogue social, accompagnement du changement).

La communication ne se limite pas à accompagner l'action managériale, mais elle devient un élément central dans la réussite des transformations, ce qui conduit naturellement à s'intéresser à son rôle déterminant dans la conduite du changement.

[55] Méthode de conduite du changement, diagnostic-Accompagnement Pilotage, 2ème édition, David Autissier et Jean-Michel Moutot, 256 pages, lu en avril 2026.

[56] Management : de l'importance de la communication managériale, Michael Page, novembre 2024, https://www.michaelpage.fr/recrutement/engagement-des-salaries/la-communication-manageriale-comme-cle-pour-bien-gerer-une-equipe, consulté le 6/04/2026

2.5 La conduite du changement

La conduite du changement est un levier stratégique favorisant l'adhésion des IDE, de la cadre et des médecins via une communication ciblée et une implication participative des professionnels. Intégrer ce levier dans le cadre théorique positionne le projet comme une démarche holistique. La conduite du changement est un élément central dans ma problématique. Il convient donc de le développer.

La conduite du changement est un ensemble de méthodes permettant de faire évoluer les pratiques, les organisations et les comportements en favorisant l'adhésion des professionnels. Les difficultés d'attractivité et de fidélisation peuvent être liées à des transformations dans les conditions de travail et les organisations soignantes mal accompagnées. Par ce fait, la conduite du changement devient un outil stratégique pour attirer et fidéliser les infirmiers. Il me parait donc important de définir ce concept en management selon le modèle proposé par Autissier et Moutot.

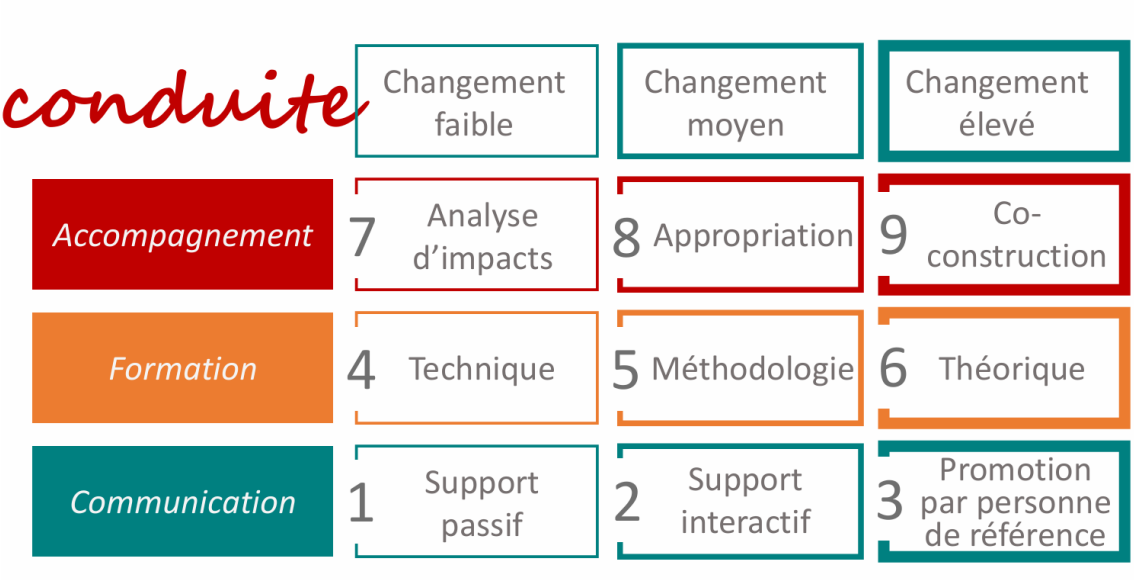


Figure 10 : Autissier et Moutot, J. (2015). De la conduite du changement instrumentalisée au changement agile.Question(s) de management, p 37-44.

La conduite du changement selon Autissier et Moutot repose sur une approche méthodique et opérationnelle du changement, structurée autour de 3 thématiques : la communication, l'accompagnement et la formation. Ces leviers sont couplés à 3 degrés d'intensité, un changement faible, un changement moyen ou un changement élevé. Un changement faible apporte des ajustements mineurs. Un changement moyen nécessite une évolution avec une adaptation des pratiques. Un degré élevé apportera une transformation profonde impliquant une redéfinition des repères. Le changement ne se « subit » pas, il se prépare, se met en œuvre et se contrôle. Ce modèle transforme une intention de changement en actions concrètes et mesurables. La conduite du changement prend du temps et demande l'accord de l'ensemble des acteurs concernés[57].

La communication, comme évoqué précédemment constitue un levier essentiel de la conduite du changement car elle permet à la fois de diffuser l'information et de favoriser l'engagement des parties prenantes. Toutefois, pour être pleinement efficace, elle doit s'inscrire dans une logique interactive et participative, en facilitant les échanges entre les acteurs ayant déjà expérimenté le changement et ceux qui y seront confrontés. À l'inverse, une communication reposant uniquement sur des supports passifs tels que des affichages ou des notes d'information apparaît insuffisante. En effet ces dispositifs peuvent ne pas être consultés ou vus par les destinataires. Cependant, ces outils conservent une utilité institutionnelle dans le cadre du dialogue social, en permettant d'attester que l'information a bien été diffusée.

Autre levier important, la formation. Elle favorise le développement des compétences et une montée en compétence nécessaires au changement. Les formations internes et les procédures sont utiles mais à eux

[57] De la conduite du changement instrumentalisée au changement agile, question(s) de management, p 37-44

seuls ne sont pas suffisants pour apporter un changement important. Les méthodes de travail et les concepts donnent du sens au changement et induisent un changement élevé.

Le troisième levier majeur dans la conduite au changement est l'accompagnement des professionnels. Il permet l'appropriation du changement en identifiant les effets de ce dernier, l'implication des acteurs par une co-construction du changement. Plus le changement est élevé et plus les actions doivent être engageantes et participatives.

En fonction du degré de transformation organisationnelle souhaité, la conduite du changement peut s'appuyer sur une simple logique informative à une logique participative.

Comme nous venons de le voir, la conduite du changement suppose une planification, une communication et une mobilisation des acteurs. Elle ne prendra pleinement sens que si elle intègre en amont les résistances des professionnels, perçues non comme un obstacle, mais comme des signaux d'alerte et des leviers d'ajustement. Cela amène à analyser les formes et les causes de ces résistances afin de les transformer en leviers d'attractivité et de fidélisation des infirmiers.

2.6 La résistance au changement

La résistance au changement est abordée dans le cadre théorique car la littérature en conduite du changement considère généralement les résistances comme un facteur clé à anticiper et à gérer. Dans le cadre du projet développé dans la partie 3, en dehors des résistances de certains IDE de nuit, les infirmiers et la cadre de santé n'ont exprimé aucune forme de résistance manifeste. Cela s'explique certainement par le caractère consensuel de la démarche. Cependant, il convient de distinguer une dimension théorique, décrite ci-après, qui prépare à gérer les résistances, de la dimension du projet managérial où il n'y a pas de résistance matérialisée.

La résistance au changement désigne l'opposition des individus face à une transformation, souvent motivée par le désir de préserver la situation actuelle. Ce phénomène se manifeste par de la passivité ou de l'opposition active. Il est une réaction psychologique naturelle liée au besoin de stabilité et de prévisibilité. Les causes principales sont la peur de l'inconnu et la perte de contrôle qui génèrent de l'anxiété. Le manque d'informations ou de compétences pour s'adapter à la nouvelle situation peut générer de la résistance. L'attachement au confort des routines perçu comme plus sûr est également source de résistance.

La résistance peut s'exprimer par un désengagement passif ou ouvert par des critiques ou un sabotage. Elle touche des niveaux individuels, collectifs et organisationnels.

Pour surmonter la résistance, l'implication des professionnels dès le début est primordiale. Une communication claire sur les bénéfices participe également à surmonter les craintes. Il est également important de former et accompagner les équipes en proposant des formations, du tutorat et un soutien managérial.

L'attractivité et la fidélisation des IDE constituent un enjeu stratégique pour les organisations sanitaires. Dès lors, la conduite du changement ne peut plus être envisagée uniquement sous un angle opérationnel, mais doit également être pensée comme un levier d'engagement et de rétention des équipes. Une communication participative renforce l'engagement. Une co-construction aura un impact plus fort sur la fidélisation que des actions purement informatives. Plus le changement est perçu comme imposé, plus le risque de désengagement et de turnover augmente.

Partant de ce constat, le projet managérial développé ensuite s'articule autour de la double problématique de l'attractivité et la fidélisation des infirmiers dans le service d'urologie de l'hôpital Pitié-Salpêtrière. Ce projet considère que la manière dont le changement est conduit conditionne durablement le sentiment d'appartenance, de reconnaissance et de valorisation des infirmiers au sein de l'urologie.

Le projet managérial ci-après, va tenter d'apporter des réponses à la problématique suivante :

En quoi une conduite du changement participative et structurée peut-elle constituer un levier pérenne stratégique d'attractivité et de fidélisation des infirmiers en urologie ?

3 Le projet managérial

En tant que cadre supérieure de santé, je suis amenée à piloter des initiatives ambitieuses. La gestion de projet, qui consiste à planifier, organiser, coordonner et optimiser les ressources pour atteindre des objectifs précis dans un délai défini, est une discipline essentielle. Selon Hugues Marchât, il définit la gestion de projet comme « *l'ensemble des actes organisationnels nécessaires à l'accomplissement du projet* »[58]. Il met l'accent sur la nécessité d'une approche organisée, avec des outils spécifiques et une démarche de résolution de problèmes adaptée aux objectifs du projet. Les principales étapes incluent la phase d'initiation, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation finale. En amont de cette démarche, et en concertation étroite avec la cadre paramédicale du département médical universitaire (CPDMU) SAPERE, j'ai élaboré une lettre de mission et une fiche projet.

La lettre de mission (annexe 1) formalise les attentes, les objectifs stratégiques et les responsabilités liées à mon rôle, assurant un alignement entre mes actions et la vision de l'organisation.

La fiche projet (annexe 2), quant à elle, constitue une synthèse opérationnelle définissant les objectifs spécifiques, les ressources nécessaires, les échéances, ainsi que les indicateurs de succès pour guider les différentes phases du projet.

Ce projet managérial s'inscrit dans une temporalité longue, dépassant largement le cadre académique du Master 2 MOS pour devenir un véritable fil conducteur de ma pratique professionnelle. Les concepts théoriques ici développés ne sont pas de simples outils d'analyse, mais le socle d'actions concrètes destinées à être partagées avec mes collaborateurs et l'ensemble de l'établissement.

Dans un contexte hospitalier marqué par une tension persistante sur les ressources infirmières, la pérennisation de l'attractivité et de la fidélisation des équipes demeure une de mes priorités stratégiques.

3.1 le choix du sujet et du service

Dès ma prise de fonction en tant que cadre supérieure de santé en octobre 2022, dans un précédent établissement, j'ai été confrontée à des fermetures de lits liées à des postes infirmiers vacants. Cette situation a été particulièrement difficile à vivre, tant par sa rapidité de mise en œuvre que par ses conséquences organisationnelles. Elle a notamment eu un impact managérial sur l'accompagnement des soignants concernés, qui ont dû être redéployés vers d'autres unités de soins dans un contexte contraint.

Pour rappel, en novembre 2024, j'ai intégré l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, où j'exerce sur les services d'urologie, de néphrologie, ainsi que le service de la chirurgie cancérologie gynécologie et mammaire. À ma prise de poste, le service d'urologie était le seul à présenter des lits fermés. L'objectif fixé par la CPDMU SAPERE consistait à recruter des infirmiers afin de permettre la réouverture des sept lits fermés depuis mai 2022.

Le chef de service d'urologie souhaite retrouver la capacité d'accueil de 2022, en raison d'une file active importante de patients. La réouverture de ces lits permettrait de réduire les délais d'attente pour les interventions chirurgicales.

De plus, à l'échelle institutionnelle, cette mesure représenterait également un enjeu économique non négligeable.

[58] Marchat, H. (2006). Le kit du chef de projet : livres outils, p. 12, Éditions Eyrolles, https://urpim-madagascar.mg/assets/uploads/2020/06/le-kit-du-chef-de-projet-by-hugues-Marchat, consulté le 15/04/2026

La thématique de l'attractivité et de la fidélisation des IDE en urologie s'est imposée naturellement au moment de choisir un sujet pour mon projet managérial de Master 2. Cette réflexion autour d'un cadre théorique, constitue un levier essentiel pour ma pratique professionnelle future. En effet, dans un contexte marqué par le vieillissement de la population infirmière et les tensions croissantes sur le marché de l'emploi, les difficultés de recrutement et de fidélisation infirmière représentent un enjeu majeur et durable pour tout cadre supérieur de santé.

3.2 Présentation du service d'urologie

L'urologie, bien que spécialité technique, demeure un secteur peu attractif pour les jeunes diplômés. Ceux-ci perçoivent souvent une charge de travail importante, un poids administratif conséquent et un manque de temps consacré à la relation soignant-soigné. Le turnover élevé des patients, renforce ce ressenti d'intensité et de pression. Ces éléments sont recueillis auprès des infirmiers quittant le service, dans le cadre d'entretiens de départ que j'organise systématiquement dès l'annonce de leur décision. Ces temps d'échange me permettent d'identifier les facteurs ayant motivé leur départ, mais également de repérer les axes d'amélioration possibles au sein du service.

Dans ce contexte, il apparaît que l'attractivité seule ne suffit pas : la fidélisation constitue un enjeu tout aussi essentiel. Recruter est une première étape, mais maintenir les professionnels en poste dans la durée est déterminant pour garantir la stabilité des équipes et la continuité des soins. C'est dans cette perspective qu'a émergé l'idée de centrer mon projet managérial sur l'attractivité et la fidélisation des infirmiers en urologie.

Le service d'urologie prend en charge des patients autonomes ainsi que des adultes jeunes présentant des handicaps lourds en lien avec le partenariat de l'hôpital de Raymond-Poincaré. Le vieillissement de la population se traduit par une augmentation du nombre de patients âgés de plus de 80 ans, nécessitant des soins plus complexes et une prise en charge accrue. De plus, la montée en puissance de la chirurgie ambulatoire réduit les hospitalisations courtes de patients autonomes majorant la charge de travail auprès des patients les plus dépendants. Cette évolution modifie la nature des soins et augmente la charge de travail ressentie par les équipes médicales et paramédicales.

Le service accueille chaque année une cinquantaine d'étudiants en soins infirmiers, du premier au sixième semestre. Cette dynamique de formation constitue un levier potentiel de recrutement. En juillet 2024 et juillet 2025, dix infirmiers ont ainsi été recrutés par le biais de CAE, avec un engagement de dix-huit mois. On voit bien là l'intérêt de fidéliser ces professionnels afin de garantir une continuité des soins.

L'équipe paramédicale est composée de 42 équivalents temps plein : 19 AS, 18 IDE, 3 infirmières de coordination, 2 secrétaires hospitalières. 2 postes de cadres de proximité sont budgétés. Depuis décembre 2024, un seul est occupé par une faisant fonction. En dehors des infirmières de coordination qui sont sous la responsabilité de la cadre de la consultation et du service d'endoscopie, la cadre a sous sa responsabilité 39 équivalents temps pleins travaillant de jour et de nuit. Une seconde cadre a été recrutée. Elle prendra son poste au sein de l'unité en avril 2026.

Le profil des IDE

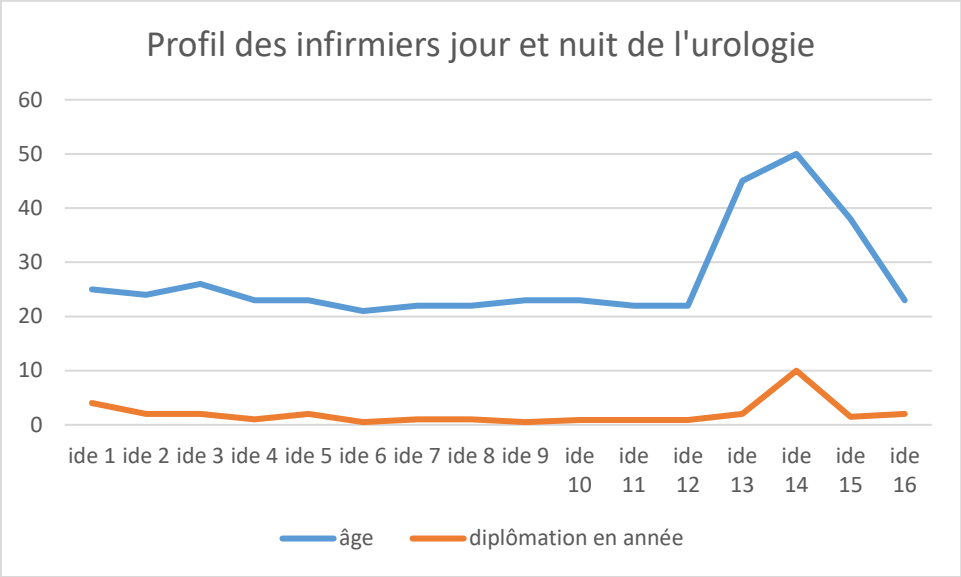


Figure 11 : Profil IDE jour et nuit/ service d'urologie/ PSL/ DMUSAPERE

Comme l'illustre le graphique, la majorité des infirmiers appartient à la génération Z. Il y a une bonne ambiance entre les IDE aussi bien au travail qu'en dehors du travail. Une fois par mois une soirée billard est organisée. Il n'y a pas de conflit, l'entraide et la solidarité sont des valeurs fortes de cette équipe. Cet axe est à préserver car il est source de fidélisation et d'attractivité.

3.3 Les objectifs du projet

Dans la conduite d'un projet, définir les objectifs est une étape indispensable, de même que mesurer les résultats et la réussite. Ces éléments sont issus de l'analyse des concepts présentés ci-dessus et de la réalité de terrain. Ils servent de guide tout le long du déroulement du projet.

En tant que cadre supérieure de santé, j'ai défini un objectif principal ainsi que des objectifs secondaires permettant d'agir de manière ciblée et mesurable. En effet, un objectif se doit d'être SMART, c'est-à-dire : Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et Temporellement défini.

3.3.1 L'objectif principal du projet

- L'objectif principal du projet est de mettre en œuvre une démarche structurée favorisant l'attractivité et la fidélisation des infirmiers du service de chirurgie d'urologie, afin de pérenniser les effectifs pour retrouver le capacitaire de 2022 de 33 lits d'hospitalisation complète.

3.3.2 Les objectifs secondaires

- Améliorer la qualité de vie au travail et le sentiment d'appartenance des infirmiers en identifiant les facteurs de satisfaction et d'insatisfaction au travail comme la charge de travail, l'organisation des soins, le sens au travail, la reconnaissance etc…
- Encourager le dialogue entre les équipes médicales, paramédicales et l'encadrement.
- Promouvoir des initiatives en lien avec le bien-être au travail favorisant la cohésion d'équipe.
- Valoriser les compétences et les perspectives d'évolution en permettant l'accès à la formation spécifique à la spécialité d'Urologie ainsi qu'un renforcement du socle des connaissances infirmières (circuit du médicament/identitovigilance/hémovigilance) et également à la formation continue dispensée par l'établissement et l'institution. Impliquer les infirmiers à l'amélioration de la qualité. Mettre en avant les réussites et les expertises professionnelles.
- Développer un management situationnel et bienveillant.

- Renforcer la communication en créant des temps d'échanges entre l'encadrement et les professionnels. La communication doit être claire et régulière.
- Garantir la continuité, la sécurité et la qualité des soins

3.4 Pertinence du projet

Ce projet managérial s'inscrit dans une approche systémique intégrant des enjeux humains, organisationnels, économiques et institutionnels, étroitement interdépendants. Sur le plan humain et relationnel, la stabilisation des effectifs infirmiers constitue un levier majeur de cohésion d'équipe et de qualité de vie au travail. La pérennité des équipes favorise la transmission des savoirs, la consolidation des compétences collectives et le développement d'une culture professionnelle partagée. Elle participe également à l'amélioration de la satisfaction des professionnels et des patients, en renforçant la continuité et la personnalisation de la prise en charge.

D'un point de vue organisationnel et économique, la fidélisation des infirmiers permet de limiter le recours aux remplacements ponctuels, souvent coûteux et déstabilisants pour les équipes. Elle contribue ainsi à une gestion plus efficiente des ressources humaines, tout en soutenant l'augmentation de l'activité liée à la réouverture complète du capacitaire.

Pour l'institution, l'enjeu réside dans la conciliation entre performance médico-économique, optimisation de l'offre de soins et respect des contraintes budgétaires.

Pour les infirmiers, ce projet vise le développement des compétences spécialisées en urologie, le renforcement du sentiment d'appartenance et la valorisation professionnelle. L'amélioration de l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle et des conditions de travail participent à la prévention de l'usure professionnelle et à la réduction du sentiment d'intensification du travail. Il s'agit également de redonner du sens à l'engagement professionnel, en favorisant la reconnaissance et l'autonomie.

Pour l'encadrement de proximité, l'enjeu est d'inscrire l'organisation du service dans une dynamique de management situationnel et bienveillant, favorisant l'implication des équipes dans les projets de service.

Pour les médecins, le renforcement de la collaboration entre les médecins et les IDE constitue un facteur clé de performance collective et de qualité des parcours patients.

Du point de vue des patients, la stabilisation des équipes et la réouverture du capacitaire permettent d'accroître l'offre de soins, de réduire les délais d'intervention chirurgicale et de garantir une prise en charge sécurisée, continue et de qualité.

Enfin, en tant que cadre supérieure de santé, ce projet s'inscrit dans une posture stratégique visant à identifier et mobiliser les leviers d'attractivité et de fidélisation. Il s'agit de déployer, en collaboration étroite avec le cadre de santé et les médecins, des actions managériales adaptées aux réalités du terrain, aux attentes des IDE, contribuant à la fois à la performance organisationnelle et à la qualité des soins.

3.5 les acteurs du projet

En tant que cadre supérieure de santé, j'occupe une position stratégique dans la gouvernance du projet. À partir de l'analyse des leviers d'attractivité et de fidélisation, j'ai engagé une dynamique d'accompagnement auprès de la cadre de santé, visant à soutenir la mise en œuvre concrète d'actions adaptées aux besoins des IDE.

Un temps d'analyse réflexive des pratiques managériales a été conduit au mois de décembre. Cette démarche s'inscrit dans une logique de développement du leadership du cadre de santé. En effet, elle a progressivement pris conscience de l'influence de son positionnement sur la dynamique et le climat de l'équipe ainsi que sur l'engagement des IDE. Elle a identifié que son management pouvait favoriser l'empowerment des IDE, en soutenant leur capacité d'initiative et leur responsabilisation dans la prise en charge des patients.

Cette démarche qui découle des concepts identifiés plus haut, a mis en évidence l'importance de la reconnaissance au travail comme facteur de fidélisation. En donnant du sens aux activités quotidiennes, en explicitant les finalités des missions confiées et en valorisant les compétences mobilisées, la cadre de santé contribue à renforcer l'engagement professionnel et le sentiment d'utilité sociale. Cette posture managériale s'inscrit dans une approche du management porteur de sens, où la clarification des objectifs et la cohérence entre les valeurs professionnelles et les pratiques organisationnelles participent à la qualité de vie au travail.

En outre, cette évolution du positionnement managérial a permis à la cadre de santé de redéfinir ses propres missions dans une perspective plus stratégique. En se percevant comme actrice du développement des compétences collectives et de la performance organisationnelle, elle renforce son identité professionnelle et son pouvoir d'agir. Elle donne du sens à ses missions managériales

Néanmoins, l'activation de ces leviers s'inscrit dans une temporalité longue et suppose une continuité dans l'engagement managérial. Or, la cadre de santé est en préparation du concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) de l'AP-HP. Ce facteur génère une tension pour la cadre, qui est prise entre un investissement professionnel et une projection personnelle. Un accompagnement soutenant de ma part, permet de maintenir la dynamique engagée tout en tenant compte des contraintes individuelles.

L'implication du chef de service constitue un facteur déterminant dans la réussite du projet. Son engagement dans cette dynamique managériale est essentiel afin qu'il puisse, à son tour, impulser une mobilisation cohérente au sein de l'équipe médicale. En effet, la qualité des conditions de travail au sein d'une unité de soins est étroitement dépendante de l'organisation médicale et des interactions entre les professionnels. L'inscription des médecins dans une démarche structurée de communication et de coopération avec les IDE apparaît ainsi comme un levier majeur de fidélisation. Les médecins s'impliquent progressivement. Il reste néanmoins une marche de progression importante.

La collaboration interprofessionnelle peut être renforcée par le développement d'espaces d'échanges formalisés, la clarification des rôles et des responsabilités, ainsi que la reconnaissance des compétences respectives. Comme nous le verrons dans le chapitre des expériences apprenantes, certains médecins se sont impliqués dans des actions concrètes. Cette articulation médico-soignante favorise une gouvernance clinique partagée, fondée sur la complémentarité des expertises. Elle constitue un déterminant central de la qualité et de la sécurité des soins, tout en participant à la construction d'un climat social apaisé. En effet, la qualité des relations interprofessionnelles influence directement le sentiment de reconnaissance, la satisfaction au travail et, par conséquent, les dynamiques d'attractivité et de fidélisation des professionnels paramédicaux.

Ainsi, l'adhésion du corps médical à cette dynamique ne relève pas uniquement d'un enjeu organisationnel, mais s'inscrit pleinement dans une stratégie globale de performance collective et de qualité des parcours patients. En tant que cadre supérieure de santé j'ai également une place prépondérante dans cette dynamique.

Les IDE jouent un rôle dans l'attractivité et la fidélisation des nouveaux recrutés. Par leur capacité relationnelle et leur engagement, ils favorisent un environnement de travail agréable et soutenant. Cette dynamique collective contribue à intégrer de manière satisfaisante les nouveaux professionnels. Cette logique de compagnonnage favorise la transmission des savoirs et le développement d'un sentiment d'appartenance. Ce climat relationnel constitue un déterminant majeur de la fidélisation. Les IDE expérimentés jouent un rôle central dans l'accueil et l'accompagnement des nouveaux arrivants. Le tutorat et le partage d'expérience renforcent la montée en compétences et le sentiment d'efficacité professionnelle. Cela participe à réduire le turnover grâce à une intégration et des débuts professionnels réussis. Les IDE sont partie prenante de l'organisation des soins ce qui leur permet une relative autonomie et un sentiment d'utilité. Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, ce sentiment d'utilité donne du sens au travail, comme l'implication dans les projets de service, la démarche qualité, les groupes de travail ou les congrès. Plus les IDE sont impliqués, plus leur engagement est durable. Les IDE sont au plus près du patient. Ils ont ainsi la capacité d'identifier les dysfonctionnements organisationnels et de proposer des ajustements. Leur participation active renforce la qualité des soins, valorise leur expertise et favorise un climat de confiance avec l'encadrement. Les infirmiers sont également des vecteurs d'image du service. Leur discours auprès des étudiants, des collègues voire sur

les réseaux sociaux influence l'attractivité du service. Une équipe engagée et satisfaite devient un levier puissant de recrutement et de fidélisation indirecte.

La CPDMU soutient le projet car il contribue à l'objectif du DMU de rouvrir la totalité des lits d'hospitalisation complète et de répondre ainsi aux enjeux économiques de l'institution. En soutenant ce projet, elle participe à la fidélisation des professionnels (CSS, CS et IDE) en montrant la confiance qu'elle a envers eux. Pour la cadre supérieure que je suis, cette confiance et ce soutien est source de motivation.

L'attractivité et la fidélisation ne peuvent être envisagées comme une politique descendante. Elles reposent sur une coresponsabilité organisationnelle, où les infirmiers, médecins et encadrement, par leurs engagements collectifs, leurs contributions à la transmission des savoirs et leurs participations aux projets, deviennent des co-acteurs de la stabilité et de la performance du service. Comme vous pouvez le voir sur le sociogramme ci-dessous, le service d'urologie est engagé dans cette dynamique.

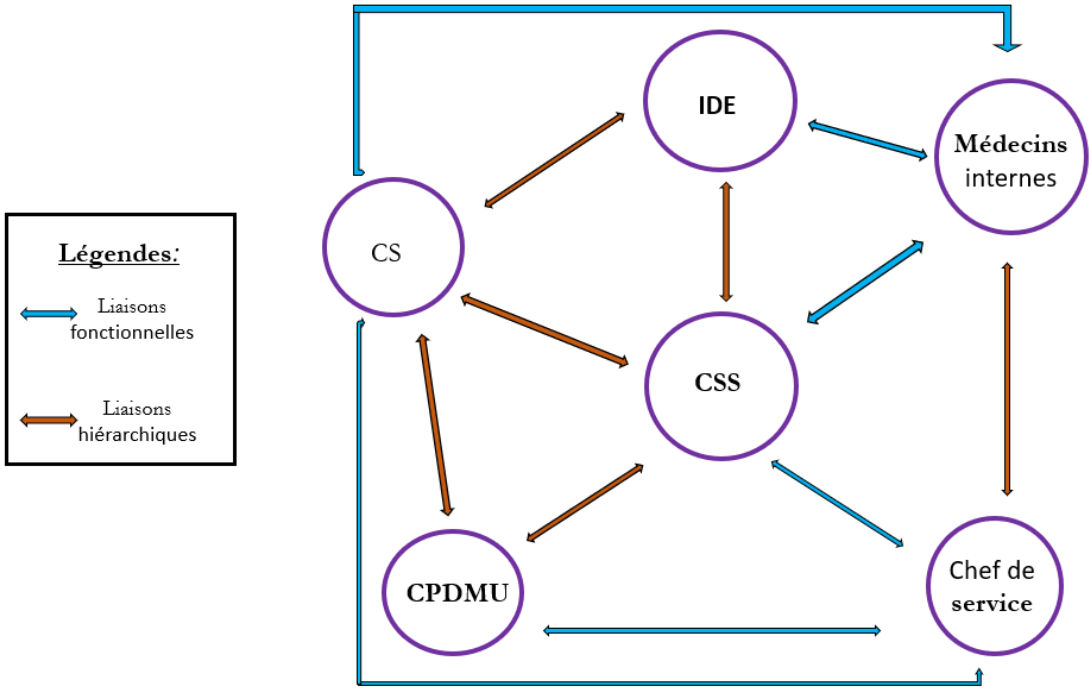


Figure 12 : sociogramme

3.6 le SWOT

Faire un SWOT dans un projet permet d'avoir une vision claire et structurée de la situation afin de mieux anticiper et réussir le projet.

Le SWOT est un acronyme anglais pour Strengths (Force), Weaknesses (Faiblesse), Opportunities (Opportunités) et Threats (Menaces).

Cet outil d'analyse simple, identifie les forces internes à exploiter et les faiblesses à prendre en compte et à corriger, tout en repérant les opportunités externes et les menaces potentielles. Le SWOT utilisé en milieu du projet permet des ajustements. En fin de projet il permet de mesurer les écarts.



Figure 13 : SWOT PM attractivité/fidélisation/IDE Urologie

À la suite de l'analyse du SWOT, ce projet bénéficie du soutien de la CPDMU, d'une implication de la cadre de proximité de l'urologie et du chef de service. Une communication fluide existe entre les IDE, la cadre de proximité, les médecins et moi.

Les menaces sont principalement liées à la disponibilité limitée du cadre de santé qui suit une formation, aux potentiels départs des IDE à l'issue de l'engagement des CAE et PE et un recrutement insuffisant d'IDE pour rouvrir l'ensemble du capacitaire.

Cette analyse m'a permis de prioriser les actions en tenant compte des contraintes institutionnelles et des ressources disponibles

3.7 Planification du projet

Le GANTT est un outil de planification claire et chronologique. Il représente les tâches, leurs durées et les ressources allouées (humaines et matérielles). Il permet de surveiller l'avancement réel du projet versus le prévisionnel. Il facilite le repérage précoce des écarts (retards, surcharges de travail).

Phases	Actions clés	Périodes	Acteurs
Phase 1-Diagnostic	Analyse des causes de départs	Nov-2025	CSS
	Analyse les leviers de fidélisation	Nov-2025	CSS
	Communication du projet	Déc-2025	CSS
Phase 2-Déploiement	Evaluation du schéma horaire en 12 heures	Avr-2026	CS/CSS
	Déploiement des actions managériales (EDT/développement des compétences)	Mars-Juin 2026	CS/Médecins/CSS
Phase 3-Evaluation	Mesure des résultats	Dernier trimestre 2026	CS/CSS
	Suivi des indicateurs	Dernier trimestre 2026	CS/CSS
	Communication des résultats	Dernier trimestre 2026	IDE/ Réunion CSS-PSL/Cadres DMU

Figure 14 : Diagramme de Gantt

Ce diagramme de Gantt est utile pour visualiser l'avancement du projet et solliciter les acteurs si besoin. Il sert de guide et de référence tout au long du projet.

3.9 Cout du projet

Ce projet ne nécessite pas d'investissement financier direct, les réunions et les groupes de travail étant réalisés sur le temps de travail des IDE. Néanmoins, il génère des coûts indirects significatifs.

L'intégration des nouveaux professionnels mobilise des ressources en encadrement et peut nécessiter des remplacements, entraînant une augmentation des charges. Les heures de réunion réalisées en dehors du temps de présence, génèrent des heures de travail à récupérer. De plus, la diminution temporaire du capacitaire, indispensable pour garantir la qualité et la sécurité des soins, impacte l'activité et, par conséquent, le budget du service, du DMU et de l'hôpital. Aussi, l'absence de coût direct ne signifie pas l'absence d'impact financier. Il est donc nécessaire de considérer ses coûts financiers indirects.

3.10 Expériences Terrain

Au regard du cadre théorique mobilisé, et en collaboration étroite avec la cadre de santé, nous avons choisi de mettre en œuvre un plan d'actions décliné au regard des concepts et leviers centraux dans l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

Ces actions s'appuient sur des déterminants dans 2 dimensions : la QVCT (la reconnaissance, le sens au travail, l'autonomie) et le développement des compétences. Il s'appuie sur un management bienveillant, situationnel, générationnel et agile.

L'agilité managériale désigne une approche de pilotage de projet qui privilégie l'adaptation continue, une communication transparente et fréquente ainsi qu'une autonomie des équipes. Cette agilité managériale s'est traduite par des ajustements réguliers de la part de la cadre de santé et de moi-même.

L'accueil et l'intégration des nouveaux professionnels constituent des leviers essentiels de l'attractivité. Toutefois, cet axe n'est pas développé dans le présent projet managérial, dans la mesure où des dispositifs efficaces sont en place depuis 2023. En urologie, l'intégration des IDE s'étend sur quatre semaines pour les postes de jour et cinq semaines pour les postes de nuit. Pour ces derniers, trois semaines d'intégration en journée sont obligatoires afin de s'approprier les organisations de travail de jour et de rencontrer l'ensemble de l'équipe paramédicale et médicale. Cette période comprend également une journée au bloc opératoire ainsi que trois journées en unité de greffes rénales, service avec lequel des mutualisations de personnel sont régulières. Ces parcours d'intégration restent adaptables en fonction des besoins et du profil des professionnels. Un livret d'accueil ainsi qu'une grille d'évaluation des compétences sont remis à chaque nouveau arrivant. La grille d'évaluation permet au nouveau recruté de s'auto évalué et un échange entre la cadre et le tuteur sur les objectifs à atteindre. Cette grille est utilisée jusqu'à la titularisation du professionnel.

Néanmoins, comme le soulignent les modèles d'hôpitaux magnétiques[59], une limite fréquente consiste à restreindre l'intégration à une période formalisée, alors qu'elle devrait s'inscrire dans une temporalité plus longue, avec un accompagnement régulier par le cadre de proximité. En effet, à l'issue de cette phase initiale, l'IDE débutant est confronté à la réalité du terrain, ce qui peut générer un écart entre la représentation idéalisée du métier construite durant la formation et ses contraintes réelles. En l'absence d'un suivi attentif, le sentiment d'isolement peut émerger et conduire à une remise en question de l'engagement professionnel, voire à un départ. C'est à ce moment que se joue un enjeu majeur de fidélisation. Bien que ce projet ne décline pas d'actions spécifiques sur cet aspect, cette problématique a été abordée avec la cadre de santé. Dans une logique d'onboarding, un suivi régulier et une vigilance particulière sont ainsi accordés aux nouveaux recrutés, favorisant une intégration progressive et l'ancrage durable des pratiques sécuritaires chez les nouveaux recrutés jusqu'à leur autonomie professionnelle.

Les orientations retenues visent d'abord à renforcer l'autonomie des IDE, en favorisant leur participation à l'élaboration des plannings, en valorisant leur expertise clinique et en soutenant leur capacité d'initiative dans la prise en charge des patients.

Une attention particulière est portée à l'amélioration des conditions de travail, notamment à travers une réflexion sur l'organisation du temps de travail, la répartition de la charge en soins et le soutien apporté aux équipes dans les situations complexes de prise en charge des patients. L'objectif est de sécuriser les pratiques tout en réduisant l'usure professionnelle.

Le développement des compétences constitue également un axe majeur, avec un accès à la formation de la spécialité de l'urologie et la valorisation des projets professionnels. Cette dynamique permet de renforcer le sentiment d'évolution et de projection au sein du service.

L'ensemble de ces actions s'inscrit dans une démarche de management participatif et bienveillant, tenant compte du contexte générationnel. L'écoute, l'adaptabilité, la reconnaissance et la co-construction avec les équipes sont des modes de fonctionnement privilégiées afin de créer un environnement de travail attractif, porteur de sens et propice à l'engagement durable.

3.10.1 Organisation de travail en 12 heures de jour et de nuit

En collaboration avec la CPDMU et le chef de service, nous avons fait le choix de développer l'organisation de travail en 12 heures de jour et de nuit, afin de répondre aux attentes des nouvelles générations tout en garantissant la continuité des soins.

Ce projet attractif est initié en 2024. Il a été déployé en septembre 2025. Sa mise en œuvre a toutefois rencontré un obstacle majeur : l'opposition unanime des infirmiers de nuit. Plusieurs d'entre eux effectuent des temps de trajet importants et certains sont des parents isolés. Le passage à une organisation en 12 heures entraînait une modification significative de leur équilibre personnel, rendant plus difficile la conciliation entre la vie professionnelle et la vie privée. À l'inverse, les infirmiers de jour se sont

[59] L'hôpital magnétique, un hôpital « aimant », chapitre 10, Sidibe Matthieu et Alis David, https://Shs.cairn.info/recherche?lang=fraterm=hôpital+magnétique+%3A+un+hôpital+aimant, consulté le 2/12/2025

montrés favorables à cette évolution organisationnelle, certains exprimant même leur intention de quitter le service si le projet n'aboutissait pas.

Au début de l'année 2025, trois infirmiers de nuit ont quitté le service. Ces départs, associés à l'existence de trois postes vacants au sein de l'unité des greffes rénales, ont créé une opportunité pour relancer le projet. Il a alors été proposé aux trois infirmiers de nuit un changement d'affectation vers l'unité des greffes rénales, qui fonctionne en horaires de nuit de 10 heures. Cette proposition a été acceptée, d'autant plus qu'une dynamique de mutualisation existait déjà entre les équipes de greffes rénales et d'urologie, facilitant cette transition.

Entre mars et juin 2025, plusieurs réunions de travail ont permis d'aboutir à une réorganisation des soins en horaires de 12 heures, ainsi qu'à la formalisation des trames de plannings de jour et de nuit. Les plannings ont été construits sur un cycle de neuf semaines. Désormais, les infirmiers ne travaillent plus un week-end sur deux, mais un week-end sur trois. Ce changement culturel important, a été accompagné par une démarche d'écoute active et une communication transparente visant à expliciter les enjeux et les objectifs de cette nouvelle organisation. Les infirmiers ont pu choisir leurs trinômes de week-end, ce qui a constitué un levier d'adhésion aux nouveaux cycles de travail. Des ajustements d'organisation des soins ont également fait l'objet de négociations entre les équipes de jour et de nuit, notamment le décalage des soins de 18 heures à 20 heures. Là encore, le travail d'explication et le sens donné à ces choix organisationnels ont contribué à lever les résistances. Le management de la cadre de santé a été essentiel dans l'accompagnement des équipes.

En juin, le projet a été présenté en Formation Spécialisée Locale (FSL). Certaines infirmières accompagnées par le chef de service sont venues témoigner de leur soutien. Le projet a été défendu auprès des organisations syndicales par la CPDMU. Aucun vote défavorable n'a été exprimé, permettant ainsi sa validation. À l'issue de la séance, les infirmiers ont été surpris par la position des syndicats et ont pris conscience de la complexité inhérente à toute évolution organisationnelle. Ils ont exprimé leur reconnaissance envers l'équipe d'encadrement pour son engagement et son accompagnement tout au long du processus.

Le projet a été déployé en septembre 2025. Rapidement, des retours positifs ont émergé : les infirmiers se disent moins stressés et davantage disponibles pour les patients et les médecins. Ces derniers soulignent une meilleure continuité des soins et confirment une plus grande disponibilité des équipes. Les patients apprécient, quant à eux, d'avoir la même infirmière sur l'ensemble de la journée. L'évaluation du projet est réalisée entre mars et mai 2026. Trois questionnaires ont été diffusés. Un à destination des infirmiers, le second pour les aides-soignants et les secrétaires hospitalières et le troisième à destination des médecins. Ils sont diffusés par mail et par la cadre de santé. Afin de garder l'anonymat, le retour s'est fait dans une boite mise dans le poste de soins. L'analyse des questionnaires objective les retours exprimés oralement. Elle met en lumière également une collaboration infirmière/aide-soignante (AS) émoussée par les organisations de travail différentes. Un retour des résultats aux équipes soignantes et médicales est prévu début juin. Une réflexion collective va être menée pour améliorer la collaboration IDE/AS.

Ce projet attractif a mobilisé un management à la fois stratégique, participatif et adaptatif, conciliant exigences organisationnelles et reconnaissance des réalités professionnelles des infirmiers, source de fidélisation des professionnels.

Les IDE ont été des acteurs décisionnaires dans l'organisation des soins et le choix du cycle de travail.

Si le déploiement du schéma en 12 heures constitue une première étape organisationnelle, l'autonomisation des infirmiers dans l'élaboration des plannings représente un levier complémentaire favorisant leur autonomie, leur engagement sources également de fidélisation.

3.10.2 Autonomisation des IDE : Réalisation des plannings et organisation des soins

Dans une perspective de fidélisation des professionnels et de développement de l'autonomie des équipes, il a été décidé, en concertation avec la cadre de santé, de confier l'élaboration des plannings aux IDE. Cette proposition a été présentée lors d'une réunion d'équipe en septembre. Deux IDE se sont portées

volontaires pour assurer la fonction de référentes. Avec l'accord de l'équipe, elles assurent l'interface entre la cadre de santé et leurs collègues. Plusieurs temps de travail ont été mis en place pendant le mois d'octobre. Ces ateliers avaient pour objectifs une appropriation de la réglementation du temps de travail et les règles d'élaboration d'un planning pour les IDE référentes. Ces 3 ateliers D'1h30 chacun se sont déroulés dans mon bureau, en présence des deux référentes des plannings ainsi que de la cadre de proximité. Ils ont eu lieu sur leur temps de travail. La notion de conflit potentiel en lien avec les prises de décision a également été abordée lors de ses ateliers. Nous avons alors précisé que la cadre de proximité, ou à défaut moi, étions en soutien en cas de difficultés.

Dès le mois de novembre, les plannings proposés se sont avérés conformes aux attendus et aucune difficulté particulière n'a été signalée. Un bilan de ce dispositif est prévu le 7 mai. Une réunion est planifiée avec les 2 IDE référentes.

En décembre, une surprime a été attribuée à ces 2 infirmières afin de reconnaître leur implication et la qualité du travail réalisé.

Ce dispositif ne concerne que les IDE de jour. Les IDE ne nuit ne souhaitent pas s'inscrire dans cette dynamique. Nous avons respecté leur décision, car comme vu dans le cadre théorique, une autonomie subie peut être source de démotivation. Les IDE de nuit savent qu'elles peuvent changer d'avis à tout moment.

En dehors des plannings, les IDE de jour comme de nuit, disposent d'une autonomie relative dans l'organisation des soins. En effet, ils adaptent la planification de leurs activités et priorisent les interventions en fonction de l'état clinique des patients et des contraintes du service comme les départs ou retours de bloc, la visite des médecins et/ou les urgences. Cette autonomie s'exerce dans un cadre défini par les prescriptions médicales, les protocoles institutionnels et les orientations organisationnelles du service. Concrètement, les IDE organisent leur tournée de soins, priorisent les interventions en fonction des besoins des patients et des disponibilités médicales. Ils coordonnent les actions avec les aides-soignants. L'organisation de travail en 12 heures donne plus de liberté aux IDE dans la coordination des soins. Les IDE apprécient ces conditions de travail mais sont régulièrement déstabilisées par les urgences et le manque de disponibilité des médecins.

3.10.3 Développement des compétences

Comme indiqué sur le graphique ci-dessous, qui fait la corrélation entre l'ancienneté du diplôme et l'expérience professionnelle. L'équipe IDE actuelle, en dehors d'une, est composée de professionnels qui ont moins de 5 ans de diplomation et d'expérience en Urologie. C'est leur premier poste.

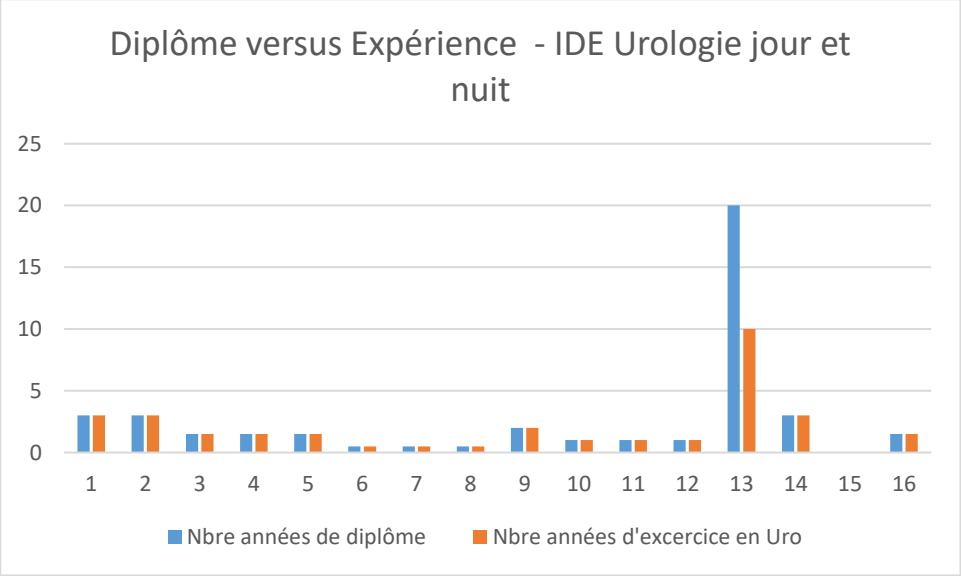


Figure 15 : diplôme versus expérience / IDE urologie jour et nuit

Ce graphique met en évidence la proportion importante d'IDE junior donc peu expérimentés. Cela impacte le potentiel de compétences spécifiques à l'urologie. Ce déficit de compétences est essentiel à combler car il entraîne des répercussions sur la qualité des soins, l'intégration des nouveaux recrutés et l'encadrement des étudiants. Les compétences fragiles impactent de manière limitée mais réelle la qualité des soins. Cela s'illustre par des plaintes de patients (2 entre septembre et novembre 2025) ainsi que par une insatisfaction exprimée par les médecins et l'infirmière la plus expérimentée. Par ailleurs, les jeunes infirmiers éprouvent un sentiment d'exercer leur métier dans des conditions non optimales. Or comme on l'a vu dans la première partie, l'insatisfaction au travail est une source d'épuisement professionnel, de démotivation et une raison de turnover. Il est donc essentiel de travailler sur ce levier du développement des compétences.

Plusieurs actions concrètes sont en cours de déploiement.

Tout d'abord, les médecins ont proposé de faire des cours sur les principales pathologies rencontrées en urologie. Un médecin référent a été nommé par le chef de service. C'est un médecin motivé par l'aspect du développement des compétences. Une rencontre entre la cadre, moi et le médecin a eu lieu en décembre afin de déterminer le format des cours. En effet, avec le schéma horaire en 12 heures, il n'y a que 3 IDE présentes par jour. Les médecins souhaitent un public plus conséquent. De plus, il est important que les IDE de nuit bénéficient également des formations. Au regard du profil de l'équipe infirmière, il a été décidé conjointement entre l'encadrement et le médecin, de faire les cours sous forme de capsules vidéo de 10 à 15 minutes maximum. Les IDE peuvent ensuite déposer leurs questions auprès de la cadre de santé ou sur le fichier d'un PC du poste de soins. Ensuite, en fonction des questions, les médecins adopteront le contenu et viendront rencontrer les IDE pour compléter les apports théoriques non compris. Ce dispositif a pris du retard par manque de temps de la cadre et du médecin. Il a été finalement décidé de le déployer en septembre 2026, lorsque les derniers recrutés auront pris leurs postes.

Ensuite un atelier « calcul de dose » de 2 heures a été réalisé en novembre. Cet atelier était à destination des IDE d'urologie mais également aux IDE des greffes rénales. Il a été réalisé par un cadre ne relevant pas de l'urologie mais de mes secteurs de responsabilité et moi. Nous avons pris des prescriptions significatives et complexes sur le logiciel de soins. Puis nous les avons fait valider par un médecin. La date de l'atelier avec les IDE concernés a été affichée dans le poste de soins couplée à une communication explicative orale. L'horaire de 14h30 à 16h30 est compatible avec l'organisation des soins. Le lieu de l'atelier, proche de l'unité de soins permettait aux IDE d'être disponibles. Au début de l'atelier, il a été rappelé les règles de fonctionnement (confidentialité, modalités, respect entre les participants et retour des résultats, but pédagogique et pas de sanction). Au début de l'atelier, un rappel sur les bonnes pratiques en matière de circuit du médicament a été fait. Cet atelier a permis de mettre en évidence des facilités en calcul et connaissance en pharmacologie mais également pour certains, un besoin de renforcer le socle théorique. Ces derniers ont été repris en individuel par l'encadrement. Cet atelier a été bien perçu par les IDE. L'objectif pédagogique a été atteint. Cet atelier sera fait de manière systématique 3 fois par an. Une réflexion est portée pour le faire auprès des IDE de nuit.

Enfin, la cadre de santé met en œuvre plusieurs actions de formation en interne. Certaines répondent à des objectifs institutionnels, tandis que d'autres font suite à des demandes exprimées par les IDE.

Chaque semaine, elle anime des réunions d'information « flash » d'environ 30 minutes, portant sur diverses thématiques telles que l'hygiène, l'identitovigilance ou encore l'accueil du patient. Pour enrichir ces temps, elle fait appel au service qualité et hygiène, qui propose des approches pédagogiques ludiques.

Au mois d'avril, un atelier interactif consacré à la traçabilité dans le dossier de soins a été mis en place. Dans le cadre de la préparation à la certification, il est en effet demandé d'évaluer cinq dossiers de soins par mois. La traçabilité étant jugée insuffisante en urologie, il a été décidé d'impliquer les IDE dans ce processus d'évaluation. Au-delà de l'objectif pédagogique, cette démarche permet de redonner du sens à la traçabilité des soins.

Par ailleurs, les IDE ont sollicité la cadre de santé pour bénéficier d'un apport théorique concernant l'éducation thérapeutique des patients à l'auto-sondage vésical. Le service d'urologie comprenant une unité d'endoscopie où exercent des IDE expérimentées, des temps de formation ont été organisés au mois de mai en collaboration avec la cadre de ce secteur. Les enseignements théoriques ont été dispensés par les IDE de l'endoscopie au sein du service d'endoscopie. Cette approche de pédagogie par les pairs

s'avère particulièrement efficace car les professionnels partagent un langage commun, ce qui facilite la compréhension. De plus, les IDE d'hospitalisation se sentent plus à l'aise pour poser des questions.

Ce tutorat a également contribué à décloisonner les deux services. Les IDE d'hospitalisation ont ainsi mieux appréhendé le parcours du patient entre l'endoscopie et l'hospitalisation complète. Dans cette dynamique, et grâce à des possibilités d'organisation du planning, certaines IDE d'hospitalisation ont exprimé le souhait, en juin, de passer une journée en endoscopie.

Ces différentes initiatives ont favorisé une meilleure cohésion d'équipe, en encourageant les échanges et la collaboration entre les services. Elles ont également permis un renforcement des compétences des professionnels, tout en redonnant du sens aux pratiques de soins et à la prise en charge globale des patients.

À travers ces actions, la cadre de santé agit sur les leviers majeurs de la fidélisation décrits dans le cadre théorique. La reconnaissance professionnelle, la montée en compétences et la qualité des relations d'équipe contribuent à créer un environnement de travail sécurisant et stimulant, propice à l'engagement durable des infirmiers dans le service.

Dans une logique de fidélisation et d'amélioration de la qualité de vie au travail, la cadre de santé met en place des espaces de dialogue sur le travail (EDT), permettant aux professionnels de s'exprimer, de partager leurs expériences et de co-construire des réponses aux problématiques rencontrées.

3.10.4 EDT

Les EDT sont des temps d'échange réguliers en équipe, permettant de parler du fonctionnement et de l'organisation des services. Ils visent à identifier les problèmes concrets du quotidien et à trouver des réponses en équipe pour améliorer les conditions de travail des professionnels, la qualité du travail et la prise en charge des patients. Cette démarche s'inscrit dans la QVCT, levier central de la fidélisation, comme décrit dans le cadre théorique de ce projet managérial.

Il ne s'agit pas de réunions de service, ni de groupes de parole ou d'analyse de pratiques professionnelles, mais d'un espace de dialogue structuré dédié au fonctionnement du service.

Ces EDT sont animés par un binôme cadre/médecin, préalablement formés à la méthode. Ils assurent le cadre, la neutralité et l'impartialité pendant les temps d'échange.

A l'issue d'un EDT, les propositions d'actions retenues ont vocation à être mises en place et à faire l'objet d'un suivi par l'équipe et la cadre de santé.

2 formes existent, des EDT dit « à chaud » et des EDT dit « à froid ».

Les EDT « à froid » sont à réaliser une fois par mois pendant 1 heure. Ils sont plus structurés et espacés que les EDT « à chaud ». Ils permettent une analyse plus approfondie des problèmes récurrents pour des améliorations durables.

Les EDT « à chaud » sont à mettre en place une fois par semaine pendant environ 20 minutes. C'est un temps d'échange courts et réactifs. Ils permettent de faire le point sur les actualités et les avancées de la semaine. C'est l'occasion de faire remonter les sujets et les irritants de la semaine. A la fin du temps d'échange, les participants s'accordent sur des propositions d'actions simples et concrètes.

En février, le chef de service a exprimé le souhait de déployer les EDT au sein du service d'urologie, porté par l'engagement d'un professeur des universités–praticien hospitalier (PUPH) particulièrement investi dans cette démarche. Cette initiative s'inscrit pleinement dans mon projet managérial, dans lequel l'amélioration de la QVCT constitue un levier stratégique de fidélisation des professionnels.

Dans cette dynamique, j'ai proposé à la cadre de proximité de s'engager dans ce projet. Sensible aux enjeux d'attractivité et de fidélisation des infirmiers, elle a adhéré à cette démarche avec conviction. Elle-même, ainsi que le médecin porteur du projet, ont été formés au mois de mars, afin de garantir un cadre contenant et sécurisant, indispensable à l'expression des professionnels.

Un premier EDT « à froid » est programmé le 19 mai 2026, de 15h à 16h, au sein du poste de soins, permettant la participation des trois IDE présents. Le choix de ce format vise à favoriser une prise de distance avec l'activité immédiate, condition nécessaire à l'analyse réflexive du travail.

La mise en place de ces EDT trouve sa pertinence au regard des dysfonctionnements identifiés dans l'analyse du service. L'organisation médicale apparaît fragilisée, au regard d'un encadrement insuffisant des internes, tandis que la coordination entre les équipes médicales et paramédicales demeure perfectible. Les temps d'échanges formalisés étant limités, en dehors des visites médicales, cela peut générer des incompréhensions et des tensions. De plus, la variabilité de la charge en soins, liée à un flux de patients parfois important, accentue la pression organisationnelle. Enfin, la complexité des prises en charge nécessite un renforcement des coopérations interprofessionnelles.

Dans ce contexte, les EDT constituent un levier managérial structurant. Ils permettent de rendre visible le travail réel, souvent éloigné du travail prescrit, et d'en débattre collectivement. En offrant un cadre d'expression sur l'activité, ils favorisent la mise en mots des difficultés rencontrées, mais également des stratégies d'ajustement développées par les professionnels. Cette approche s'inscrit dans une perspective de développement du pouvoir d'agir des soignants, en leur permettant de redevenir acteurs des transformations de leur environnement de travail. Ces EDT participent également à la reconnaissance professionnelle. Or, cette reconnaissance constitue un déterminant majeur de la construction de l'identité professionnelle et de l'engagement au travail identifié dans le cadre théorique comme des leviers essentiels de l'attractivité et la fidélisation des professionnels.

En favorisant l'expression, la participation aux décisions et la co-construction de solutions, les EDT répondent à des besoins fondamentaux des professionnels que d'être écoutés, considérés avec un pouvoir d'agir sur leur travail. Ces éléments sont aujourd'hui identifiés comme centraux dans la prévention du désengagement et du turnover. En renforçant le sentiment d'appartenance, la cohésion d'équipe et le sens donné au travail, ils contribuent à stabiliser les équipes. Ainsi, les EDT s'inscrivent directement dans une logique d'attractivité et de fidélisation des infirmiers.

La cadre de proximité assurera le suivi des actions issues de ces temps d'échange, tout en me faisant un reporting régulier sous forme de comptes rendus synthétiques. L'évaluation de cette démarche s'appuiera sur l'analyse des résultats du baromètre social institutionnel. Une comparaison entre les données 2025 et 2026 permettra d'objectiver l'impact des EDT sur la QVCT, l'engagement des professionnels et, indirectement, sur leur fidélisation.

La présentation de ce projet aux IDE lors d'une réunion d'équipe en avril a suscité une forte adhésion, traduisant un besoin réel d'espaces d'expression sur le travail. Cet accueil favorable constitue un facteur clé de réussite pour l'appropriation et la pérennisation du dispositif.

3.10.5 Journées Portes Ouvertes (JPO) et ateliers à destination des étudiants en soins infirmiers (ESI)

Afin de valoriser la marque employeur, la direction des soins (DS) et la direction des ressources humaines (DRH) de PSL organisent, deux fois par an, des journées portes ouvertes à destination des étudiants infirmiers de deuxième et troisième année. Dans ce cadre, les différents DMU sont sollicités afin d'y être représentés. L'objectif est de proposer un stand mettant en valeur les spécificités des services du DMU, afin de susciter l'intérêt des étudiants et de favoriser leur projection professionnelle au sein de ces unités.

Les étudiants sont accueillis par la DRH et la DS, puis disposent d'un temps dédié à la découverte des stands, avant d'effectuer un parcours de visite préalablement défini.

En collaboration avec la cadre du service d'urologie, je participe à ces journées en tenant un stand dédié à la spécialité. Celui-ci est conçu de manière à être attractif et informatif, avec la mise à disposition de plusieurs supports : livret d'accueil des étudiants, plannings infirmiers de jour et de nuit, un référentiel des pathologies prévalentes en urologie ainsi qu'une présentation de l'organisation du service. Ce référentiel, élaboré par d'anciens IDE du service, constitue un outil de valorisation de l'expertise professionnelle. Des supports plus ludiques (goodies aux couleurs du DMU, collation) viennent renforcer l'attractivité du stand et faciliter les échanges.

Dans un second temps, les étudiants sont accompagnés au sein du service d'urologie, où ils sont accueillis par les IDE et un médecin. Une visite des locaux est organisée, suivie d'un temps d'échange permettant de présenter concrètement les activités du service, les spécificités des prises en charge et les conditions d'exercice. Les professionnels sont informés en amont afin de garantir la qualité de l'accueil. Les retours des étudiants sur ce dispositif sont globalement très positifs, soulignant l'intérêt de ces immersions dans la réalité du terrain. Malgré sa pertinence, ce dispositif n'a pas abouti à des recrutements.

De plus, des ateliers à destination des étudiants en soins infirmiers de semestre 6 sont également organisés deux fois par an par la direction des soins. D'une durée de deux heures, ils sont animés conjointement par des IDE, des cadres de santé et des cadres supérieurs, avec pour objectif de promouvoir les spécialités et d'attirer de futurs professionnels.

Les IDE d'urologie s'impliquent activement dans ces ateliers. Lors de la dernière session, en octobre 2025, une infirmière a initialement centré sa présentation sur l'organisation du temps de travail en 12 heures. Elle a toutefois rapidement ajusté son discours, après avoir identifié que les étudiants étaient davantage intéressés par la nature des soins, les pratiques professionnelles et les conditions de travail. Cette capacité d'adaptation illustre une démarche réflexive et une prise en compte des attentes du public, essentielles dans une logique d'attractivité.

Si ces initiatives n'ont pas conduit à des recrutements immédiats, elles participent néanmoins à une stratégie d'attractivité à moyen et long terme. Pour illustrer ces propos, une étudiante accueillie dans ce cadre a ensuite effectué un stage dans le service, avant de s'engager via une prime d'engagement et de prendre un poste en avril 2026. Ce parcours illustre l'importance de ces dispositifs dans la construction progressive du choix professionnel.

Ainsi, ces actions s'inscrivent pleinement dans une logique de développement de la marque employeur hospitalière. En favorisant la visibilité du service, en valorisant les compétences des professionnels et en proposant une expérience concrète aux étudiants, elles contribuent à renforcer l'attractivité du service d'urologie. À ce titre, leur pérennisation apparaît essentielle, afin d'identifier et d'attirer de futurs professionnels, et, à terme, de soutenir les enjeux de recrutement et de fidélisation.

L'ensemble de ces actions s'inscrit dans une stratégie managériale globale visant à renforcer l'attractivité et la fidélisation des infirmiers. En articulant développement des compétences, amélioration des conditions de travail à travers les espaces de discussion, et valorisation de la marque employeur, la cadre de santé mobilise des leviers complémentaires répondant aux attentes des professionnels. Cette approche systémique, centrée sur la reconnaissance, le pouvoir d'agir et le sens du travail, apparaît aujourd'hui essentielle pour engager durablement les équipes dans un contexte hospitalier en forte tension.

Le déploiement de ces actions met en lumière le rôle central de la communication et du management, en tant que leviers essentiels pour accompagner le changement, fédérer les professionnels et soutenir la dynamique collective.

Dans ce contexte, la qualité du management et de la communication apparaît déterminante, tant pour favoriser l'adhésion des professionnels que pour soutenir leur engagement et, à terme, leur fidélisation au sein du service.

3.11 Management

3.11.1 De la cadre de santé d'urologie

Comme nous l'avons vu dans le cadre théorique, le rôle du manager dans l'attractivité et la fidélisation ne se limite pas à l'organisation des soins. Il constitue un levier majeur de motivation, d'engagement et de qualité de vie au travail. En effet, un management adapté favorise le sentiment de reconnaissance, renforce la cohésion d'équipe et contribue à limiter le turnover.

Le service d'urologie est marqué par une majorité de profils infirmiers juniors et de génération Y et Z et de quelques infirmiers expérimentés de génération X. Parfois, lorsque la cadence du travail est intense, des tensions sont palpables. Le management situationnel apparaît donc particulièrement pertinent. Il

permet à la cadre de santé d'adapter son style en fonction du niveau d'autonomie et de motivation des infirmiers, favorisant ainsi leur montée en compétences et leur engagement.

En février 2026, j'ai organisé un atelier à destination des 6 cadres que je gère sur le management situationnel. Ce temps réflexif a permis à la cadre de l'urologie d'illustrer les apports théoriques en prenant comme exemple le management d'un infirmier nouvellement diplômé dans la préparation pré-opératoire des patients. Cette dernière a nécessité dans un premier temps d'un management plutôt directif ce qui a sécurisé sa pratique. Six mois plus tard, son management envers elle s'est traduite par un management participatif, renforçant l'autonomie et la satisfaction au travail de l'infirmière junior.

La prise en compte des spécificités générationnelles constitue un levier stratégique dans l'attractivité et la fidélisation des infirmiers. En effet, les attentes professionnelles diffèrent selon les générations, notamment en termes de reconnaissance, d'équilibre de la vie professionnelle et de la vie personnelle, ou encore de la quête de sens.

L'adaptation du style de management, notamment à travers le management situationnel et la prise en compte des spécificités des professionnels, s'inscrit pleinement dans une démarche de conduite du changement. En effet, pour améliorer l'attractivité et la fidélisation des IDE, le manager doit accompagner les évolutions organisationnelles en tenant compte des besoins et des attentes des professionnels comme l'a fait la cadre de santé dans la mise en place de l'organisation des 12 heures et de l'autonomisation des IDE dans la réalisation de leurs plannings. Le cadre de santé apparaît ici comme un acteur central de la conduite du changement, dont les pratiques influencent directement l'engagement, la satisfaction et la fidélisation des équipes infirmières.

La QVCT en urologie constitue un enjeu majeur. Elle regroupe l'ensemble des conditions dans lesquelles les professionnels exercent leur activité et qui influencent leur bien-être physique, psychologique et social. Le cadre de santé joue un rôle central dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. Par son style de management, son organisation du travail et sa communication, il influence directement le climat de travail, le niveau de stress et le sentiment de reconnaissance des IDE. La cadre de santé d'urologie a un management bienveillant, à l'écoute des infirmiers. Elle a renforcé sa communication et sa disponibilité. Ces facteurs contribuent à renforcer la confiance des IDE envers elle.

Le style de management influence fortement le niveau d'engagement des infirmiers. Un management participatif favorise l'autonomie, la reconnaissance et la responsabilisation, renforçant ainsi l'implication des professionnels. À l'inverse, un management trop directif peut générer du désengagement et favoriser le turnover. Le management situationnel apparaît comme un levier particulièrement pertinent pour agir sur la qualité de vie au travail, la motivation et l'engagement. En adaptant son style de management aux besoins des professionnels, la cadre de santé d'urologie favorise un accompagnement individualisé, répondant aux attentes spécifiques de chaque infirmier.

La prise en compte des spécificités générationnelles renforce également cette dynamique. Les générations Y et Z, particulièrement sensibles à la reconnaissance, au sens du travail et à l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle, nécessitent un management plus participatif et individualisé pour maintenir leur motivation et leur engagement. C'est ce que fait la cadre de l'urologie.

La cadre de santé agit au niveau opérationnel alors que la cadre supérieure que je suis, agit au niveau stratégique.

3.11.2 A la cadre supérieure de santé

Le cadre supérieur de santé occupe une position stratégique dans l'organisation des soins. À la différence du cadre de proximité, il n'intervient pas directement dans la gestion quotidienne des équipes, mais crée les conditions organisationnelles et managériales permettant d'améliorer la qualité de vie au travail, la motivation et l'engagement des professionnels.

Le cadre supérieur de santé agit indirectement mais de manière déterminante sur la qualité de vie au travail. Il participe à la définition des organisations, à la répartition des ressources humaines, à la politique de formation et aux projets institutionnels. Ces éléments influencent directement les conditions de travail des infirmiers.

Par exemple, des décisions relatives aux effectifs, à l'organisation du temps de travail ou aux projets de service peuvent impacter la charge de travail, le stress et le sentiment de reconnaissance des équipes. En structurant un environnement de travail cohérent et en soutenant les cadres de proximité, le cadre supérieur de santé contribue à renforcer la motivation et l'engagement des professionnels. Il joue un rôle essentiel dans la reconnaissance institutionnelle et dans la valorisation des pratiques professionnelles.

Le management supérieur en établissement de santé repose sur une articulation entre le niveau stratégique et le niveau opérationnel. En tant que cadre supérieur de santé j'impulse une vision, fixe des objectifs et j'accompagne les cadres de santé à les décliner ensuite au niveau des équipes.

Dans une démarche de conduite du changement comme un changement d'organisation de travail en 12 heures, je joue un rôle central. En collaboration avec la CPDMU, la DS et la DRH, je suis à l'initiative des transformations organisationnelles et je garantis leur cohérence avec les objectifs fixés. J'ai accompagné la cadre de santé d'urologie dans la mise en œuvre du changement par un management délégatif, en veillant à son adhésion et à sa capacité à mobiliser les équipes. J'étais un soutien au quotidien, pour lui donner un cap clair et lui permettre de gagner en confiance et en autonomie. Cela lui confère également une crédibilité auprès de l'équipe.

En tant que cadre supérieure de santé, je dois également prendre en compte les évolutions générationnelles, tant chez les cadres que chez les IDE, en adaptant mes stratégies managériales. Le cadre supérieur de santé apparaît ainsi comme un acteur clé dans l'amélioration de la qualité de vie au travail, de la motivation et de l'engagement des cadres de santé et des IDE.

Par mon rôle stratégique, je participe indirectement à la création de conditions de travail favorables contribuant à l'attractivité et la fidélisation des infirmiers en urologie et également sur les autres secteurs dont je suis responsable.

3.12 Communication

La mise en œuvre concrète de ce projet repose sur une stratégie de communication participative, ascendante et descendante et transparente, visant à transformer une réorganisation structurelle en un levier d'engagement. Cette communication a pour but d'être adaptée à la génération Z et Y. Néanmoins, la génération X n'est pas oubliée. Elle a validé les modes actuels de communication.

Les débuts du projet ont été marqués par une communication trop descendante et un manque de feedback positif de ma part et de la cadre de santé. L'évolution de nos postures vers une plus grande écoute des IDE a été déterminante. En explicitant systématiquement le sens de nos décisions, même contraignantes, nous avons favorisé l'émergence d'une parole libre. Les ateliers de co-construction, les réunions ainsi que les temps d'échange informels, ont non seulement apaisé les tensions, mais ont surtout agi comme un levier de cohésion et de confiance mutuelle. Cette évolution vers une communication plus participative peut être interprétée comme un alignement avec les recommandations d'Autissier et Moutot développées dans le cadre théorique.

Pour le déploiement du nouveau schéma en 12 heures, la communication s'est appuyée sur plusieurs ateliers de co-construction où chaque infirmier a exprimé son propre souhait d'équilibrer sa vie professionnelle et sa vie personnelle. Ils ont également évoqué leur vision de l'organisation des soins. Une communication claire et libre a permis de trouver des compromis dans la gestion des soins. Si le dialogue a permis de nombreux compromis, tout n'est pas encore pleinement stabilisé. Des tensions apparaissent parfois, reflétant la complexité de concilier les besoins du service et les aspirations de chacun. Cette situation met en lumière qu'une communication participative peut exister avec un sentiment de frustration lorsque les compromis ne répondent pas pleinement aux attentes individuelles. On voit bien là, que la communication ne permet pas d'annuler les conflits. Elle contribue à les rendre exprimables et socialement régulés.

L'autonomisation des plannings a fait l'objet d'un accompagnement spécifique des infirmiers référents définissant clairement les règles de fonctionnement (respect de la réglementation du temps de travail, les deadlines et le principe d'équité) et le soutien de l'encadrement en cas de difficultés. Les IDE ont pu

exprimer leurs attentes dans l'autogestion de leur temps de travail contraint par des impératifs institutionnels. La marge de manœuvre des IDE peut alors être perçue comme limitée avec un pourvoir d'agir restreint.

Pour l'atelier « calcul de dose » un climat de confiance s'est installé rapidement par l'énonciation précise et claire de l'objectif de l'atelier (acquisition du mode de calcul et appropriation du circuit du médicament) et des règles de fonctionnement où le respect, le droit à l'erreur, l'échange et l'entraide sont les valeurs à observer. Aucun jugement n'est accepté.

Enfin, le déploiement des espaces de dialogue sur le travail constitue le pivot de notre communication ascendante. Loin d'être de simples temps d'échange informels, ils sont institutionnalisés par un temps de formation du cadre et du médecin. Leurs conclusions font l'objet d'un retour synthétique systématique par mail à moi. Les décisions prisent sont diffusées par mail à l'ensemble des infirmiers et affichés dans le poste de soins. Cette approche garantit que la parole du soignant n'est pas seulement entendue, mais qu'elle devient un outil de pilotage du service, renforçant ainsi le sentiment d'appartenance, d'engagement et de confiance entre les membres de l'équipe.

L'attractivité du service repose également sur une modernisation des vecteurs de communication. Pour séduire et fidéliser la jeune génération de soignants, nous privilégions des outils interactifs tels que les visioconférences ou des modules de tutorat digitalisés (capsules de 10 minutes maximum). Ces formats répondent à la génération Z et Y, générations majoritaires dans l'équipe actuelle des infirmiers d'urologie. Par contre il faut être vigilant que cette modernisation de la communication n'apporte des inégalités pour les IDE moins à l'aise avec ses outils.

Pour toucher l'ensemble des IDE de jour et de nuit afin de maintenir une dynamique de projet constante, les réunions de service et les ateliers de travail ont été systématiquement doublés d'un accès en visioconférence. Cette modalité offre la flexibilité nécessaire aux infirmiers pour s'investir dans la vie du service sans contrainte de déplacement sur leurs temps de récupération, favorisant ainsi une culture de la participation élargie.

La communication apparaît alors non comme un outil de résolution, mais comme un espace où se négocient en permanence les équilibres fragiles, entre les contraintes organisationnelles et les attentes des professionnels.

Il convient maintenant de nuancer ces réussites, où les logiques institutionnelles, organisationnelles et humaines entrent en tension avec les objectifs affichés.

3.13 Contraintes

Comme énoncé dans l'introduction, ce projet a débuté dès novembre 2024, à ma prise de poste sur le secteur d'urologie. Il s'est construit et a évolué au travers des lectures, les apports théoriques du master 1 et 2 MOS et de l'engagement de la cadre de santé, des médecins et des IDE.

Deux contraintes majeures ont été identifiées, la difficulté à faire coïncider les agendas de la cadre de santé et le mien, ainsi que la préparation à la certification de 2026. En effet, nous étions toutes les deux absentes une semaine par mois pour des formations, souvent à des périodes différentes, ce qui réduisait significativement nos temps de présence communs et les possibilités de coordination.

À cela s'ajoutent des contraintes organisationnelles propres au service d'urologie, comme la variabilité de l'activité (urgences et fluctuations des hospitalisations) ainsi que des tensions ponctuelles sur les effectifs IDE de nuit. Le recours à des professionnels remplaçants la nuit ont impacté la continuité et le suivi des actions engagées de jour. Qui plus est, l'organisation en équipes de jour et de nuit complexifie la communication et l'organisation de travail de la cadre de santé.

Sur le plan humain, la charge de travail, la fatigue professionnelle des IDE et l'organisation de travail en 12 heures, limitent par moment leur disponibilité et leur adhésion à des projets supplémentaires. Le profil

des IDE, en termes d'ancienneté et d'expérience, ainsi que le temps nécessaire à l'appropriation des changements, constituent également des éléments à prendre en compte.

Enfin, bien que le recrutement et la fidélisation représentent des enjeux majeurs, la certification prévue en octobre 2026 s'impose comme une priorité institutionnelle depuis début 2025. Elle mobilise fortement l'encadrement et les équipes pouvant générer un effet de saturation.

Dans ce contexte, la cadre de santé a fait le choix d'adapter le rythme du projet afin de préserver le sens des actions menées, de respecter les capacités d'engagement des équipes et de favoriser une adhésion durable, sans mettre les IDE en difficulté.

Au regard de ces contraintes, il apparait nécessaire de prendre du recul sur la mise en œuvre du projet afin d'évaluer les objectifs initiaux. Cette évaluation s'appuiera sur des indicateurs, le retour des professionnels et les observations issus du terrain.

3.14 Evaluation et indicateurs de suivi

Dans le cadre d'une conduite de projet, il apparaît essentiel de définir l'analyse des écarts entre les résultats attendus et les résultats observés.

En tant que cadre supérieure, je considère l'évaluation comme un outil indispensable de pilotage permettant d'analyser les actions déployées et de les ajuster si besoin.

Au commencement du projet, les résultats attendus consistent à ne plus avoir de postes IDE vacants et de rouvrir les lits d'hospitalisation. Des objectifs secondaires en lien avec la QVCT, le développement des compétences, le management et la qualité sont identifiés.

Afin de rendre possible l'analyse des écarts entre les résultats attendus et observés, il est indispensable de s'appuyer sur des indicateurs.

Un indicateur est un élément ou un ensemble d'éléments qui reflète la condition ou le changement d'un système. Il est un outil d'évaluation qui permet d'analyser des paramètres et de mesurer des écarts. Il est sélectionné en fonction des moyens d'action qui serviront à mettre en place des mesures correctives potentielles, et donc en fonction des décisions futures à prendre.

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) a, en 2002, dans un document dédié à la construction des indicateurs dans le domaine de la santé, définit un indicateur comme « *une variable qui décrit un élément de situation ou une évolution d'un point de vue quantitatif. C'est un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation s'inscrit dans une démarche qui répond à un objectif et se situe dans un contexte donné. L'indicateur n'a pas d'intérêt que par les choix qu'il aide à faire dans ce cadre*[60] ».

Selon l'ANES, la construction d'un indicateur de qualité doit répondre aux caractéristiques suivantes :

« Simple et acceptable » : il doit être simple, fonctionnel, facile à concevoir, à calculer, accessible et interprétable de manière uniforme par tout le monde.

« Validé et pertinent » : la validité d'un indicateur se réfère à sa capacité à être fidèle à ce qu'il mesure, à représenter avec exactitude le phénomène sous-jacent. Cela implique que l'indicateur soit cohérent avec les variations du phénomène qu'il évalue. Sa pertinence se manifeste par sa capacité à détecter clairement les problèmes pour lesquels des actions de prévention ou de correction peuvent être efficacement entreprises.

« Fiable (c'est-à-dire apte à une mesure précise et reproductible)» : la reproductibilité se caractérise par la capacité à obtenir de manière cohérente le même résultat lorsqu'une mesure est répétée dans des conditions identiques et sur les mêmes éléments, à différents moments dans le temps.

[60] ANAES, construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé – Principes généraux, https://www.has.sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009.10/construction_et_utilisation_des_indicateurs_dans_le_domaine_de_la_sante_principes_generaux_guide_2002.pdf, consulté le 1/05/2026

« Sensible et spécifique » : la sensibilité se manifeste par la capacité à réagir de manière significative et rapide aux variations du phénomène étudié. Un indicateur est qualifié de spécifique lorsqu'il ne présente de variations que lorsque le phénomène étudié subit une modification.

Afin d'évaluer de manière objective la mise en œuvre et les effets du projet, des indicateurs ont été définis en lien avec les objectifs fixés. Le tableau ci-dessous présente les différents indicateurs retenus, ainsi que leurs modalités de suivi.

Indicateurs	Objectifs	Valeurs Cibles	Modalité de recueil	Par qui	Fréquence
Taux de postes vacants	Mesurer l'attractivité du service	0-1	Données RH maquette organisationnelle	CSS	Trimestriel /Annuel
Taux de turnover IDE	Evaluer la stabilité des IDE	5-15 %	Entrées et sorties par semestre des IDE	CSS	Trimestriel /Annuel
Suivi de l'intégration (onboarding)	Evaluer l'accompagnement des nouveaux recrutés	Autonomie de l'IDE (sait faire avec aide ou seul)	Entretiens de suivi/Entretiens annuels/Retours de la cadre	CSS/CS	1,3, 6,12 18 mois
Taux d'absentéisme	Evaluer la QVCT	7,50%	Données RH/Tableau partagé	CSS	Annuel
Intentions de départ	Anticiper les mobilités	Nombre de mobilité	Entretiens annuels	CS	Annuel
Entretiens de départ	Identifier les causes de départ	Facteurs humains(management et climat de travail)/organisationnels(conditions de travail et bien-être)/financiers	Recueil qualitatif auprès des IDE quittant le service	CS/CSS	A chaque départ
Maintien en poste à 2-3 ans	Mesurer la fidélisation à moyen et long terme	Maintien en poste ≥ à l'engagement	Données RH/Maquette organisationnelle	CSS	Annuel
Satisfaction des IDE	Evaluer l'engagement et le bien-être au travail (QVCT)	Facteurs humains(management et climat de travail)/organisationnels(conditions de travail et bien-être)/financiers	Questionnaires internes/Données baromètre interne	CS/CSS	Annuel

Satisfaction de la cadre	Evaluer l'engagement et le bien-être au travail (QVCT)	Facteurs humains(management et climat de travail)/organisationnels(conditions de travail et bien-être)/financiers	Questionnaires internes/Entretiens annuels/Retours informels	CSS/CPDMU	Annuel
Satisfaction des médecins	Evaluer la collaboration médicale et paramédicale	Nombre EDT	Questionnaires internes/Données baromètre interne /Retours informels	CS/CSS/CPDMU/DS	Annuel
Satisfaction des patients	Evaluer la qualité des soins	Nombre de questionnaires analysé/nombre de plaintes vs nombre d'éloges	Questionnaires de satisfaction des patients/verbatim des patients	CS/CSS/CRU/Service qualité	Annuel
Baromètre APHP	Mesurer la QVCT	Taux APHP	Analyse des données issues du baromètre	DRH/CSS/CS	Annuel

Figure 16 : Tableau de suivi des indicateurs[61]

Dans un premier temps, des objectifs cibles sont définis pour chaque indicateur retenu. Ces valeurs de référence s'appuient sur des données institutionnelles antérieures et des recommandations organisationnelles. Dans un second temps, les résultats observés sont recueillis de manière régulière à partir de sources objectivables. Certains indicateurs sont évaluables dès à présent (Taux de postes vacants, taux de turnover, suivi de l'intégration, baromètre APHP, absentéisme) d'autres le seront ultérieurement.

La quantification des écarts repose sur la comparaison entre les valeurs cibles et les résultats obtenus, selon une approche simple de différentiel. Cet écart peut être exprimé en valeur absolue ou relative, permettant ainsi d'apprécier l'amplitude de la divergence. Toutefois, la seule mesure chiffrée ne saurait suffire ; elle doit être complétée par une démarche de qualification visant à en interpréter le sens. Ainsi, chaque écart est analysé selon son caractère favorable ou défavorable, en fonction de la nature de l'indicateur. Par exemple, une augmentation du taux d'absentéisme constitue un écart défavorable, tandis qu'une hausse de la satisfaction des professionnels sera interprétée positivement. Une gradation de l'importance des écarts (faible, modéré, significatif) peut être établie afin de prioriser les réajustements.

Enfin, l'évolution de ces indicateurs dans le temps permettra d'apprécier l'impact réel de ce projet managérial. C'est pourquoi la qualification et la quantification des écarts ne se limitent pas à une lecture descriptive des résultats, mais s'inscrivent dans une logique d'analyse systémique et de régulation des pratiques, contribuant pleinement à l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels et de la qualité des soins dispensés aux patients.

Le suivi des indicateurs permet d'objectiver les dynamiques d'attractivité et de fidélisation. Il doit également s'accompagner d'outils opérationnels facilitant leur appropriation par l'encadrement. Dans cette perspective, il m'a semblé opportun de construire une fiche réflexe regroupant les principaux leviers d'action

L'évaluation du projet met en évidence des résultats initialement encourageants, tout en nécessitant une lecture critique et contextualisée.

[61] Calcul du turnover : méthodes et solutions rapides, https://www.opensuccess.fr/ressources/blog/calcul-turnover, consulté le 26/04/2026

A compter du mois de septembre 2026, aucun poste IDE, de jour comme de nuit, ne sera vacant au sein du service. Ce résultat peut, à première vue, être interprété comme un indicateur d'attractivité retrouvée. Néanmoins, il convient de nuancer cette analyse. En effet, la majorité des IDE recrutés sont engagés dans un dispositif de CAE assorti d'un engagement de service de 18 à 30 mois. Ce cadre contractuel, limite de facto leur mobilité à court terme. Ainsi, l'absence actuelle de poste vacant relève davantage d'une logique de fidélisation induite comme évoqué dans le point 2.2.2 du cadre théorique, que d'une fidélisation pleinement choisie, notion pourtant centrale dans l'engagement des professionnels.

Dans cette perspective, la fidélisation ne peut être appréhendée uniquement à travers des indicateurs structurels, tels que le taux de postes pourvus, mais doit être envisagée comme un processus dynamique, intégrant des dimensions subjectives telles que la satisfaction au travail, le sentiment d'appartenance ou encore la QVCT.

L'évaluation réelle du projet ne pourra donc être effective qu'à moyen terme, à l'horizon 2027 voire 2028, correspondant à la fin des engagements contractuels. Cette temporalité met en évidence un décalage entre la mise en œuvre des actions et la mesure de leurs effets, interrogeant la capacité du projet à produire une fidélisation durable au-delà des contraintes institutionnelles.

Les entretiens professionnels réalisés par la cadre de santé constituent un premier niveau d'analyse qualitative. Le fait qu'aucun professionnel n'ait exprimé d'intention de départ à court terme peut être interprété comme un signal positif en matière de climat social. Toutefois, cet indicateur présente des limites. D'une part, le caractère institutionnel de ces entretiens peut restreindre la liberté d'expression des IDE. D'autre part, les intentions déclarées ne préjugent pas des comportements effectifs, largement influencés par des facteurs contextuels évolutifs comme la cohésion d'équipe, la reconnaissance ou encore les opportunités externes.

Dans une logique d'amélioration continue, il apparaît pertinent de compléter ce dispositif par des outils issus du management des ressources humaines, tel que les entretiens de départ, permettant d'objectiver les déterminants de l'engagement et du désengagement.

La réouverture des sept lits, prévue le 12 octobre, traduit une amélioration des capacités d'accueil et des conditions matérielles, grâce notamment à l'équipement des chambres en salles de bains. Si cette évolution contribue à l'amélioration de l'hôtellerie et à l'attractivité du service, elle constitue également un point de vigilance en termes de charge de travail. Dans un contexte d'intégration récente des nouveaux professionnels, cette augmentation d'activité pourrait fragiliser les dynamiques d'équipe si elle n'est pas accompagnée de manière adaptée. Le choix de différer cette réouverture après la visite de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) s'inscrit néanmoins dans une logique stratégique, permettant de sécuriser à la fois l'organisation du service et le processus d'onboarding des nouveaux IDE.

Le recours au baromètre interne AP-HP (annexe 3) s'inscrit dans une approche plus globale de la QVCT, en intégrant des dimensions telles que la satisfaction des IDE, la cohésion d'équipe et l'engagement. Toutefois, la portée de cet outil dépend étroitement du taux de participation et de la sincérité des réponses, ce qui peut en limiter la représentativité. Dès lors, son exploitation nécessite d'être croisée avec d'autres indicateurs, notamment le taux d'absentéisme, le turnover infirmier ou encore les retours informels du terrain.

Au regard de ces éléments, le projet semble produire des effets positifs en termes d'attractivité immédiate, sans pour autant garantir, à ce stade, une fidélisation durable des professionnels. Cette situation met en lumière une tension centrale entre une rétention initiale, en partie contrainte par les dispositifs contractuels, et la construction d'un engagement professionnel volontaire et pérenne.

L'enjeu ne réside pas uniquement dans le fait de recruter ou de fidéliser, mais bien dans la capacité du service à créer un environnement suffisamment soutenant et engageant pour donner aux professionnels l'envie de s'inscrire durablement dans le collectif de travail.

Au terme de cette réflexion, il apparaît que l'attractivité et la fidélisation ne peuvent être appréhendées comme des résultats immédiats, mais bien comme des processus dynamiques, inscrits dans le temps et dépendants des pratiques managériales. Par conséquent, la question qui se pose est celle des conditions

permettant de transformer cette stabilité apparente en une fidélisation réelle. Cela suppose de continuer cette dynamique managériale dans la durée au-delà des effets immédiats du projet.

Pour conclure l'évaluation du projet, l'analyse conduite, permet d'apporter une réponse nuancée à la problématique initiale. Si une conduite du changement participative et structurée constitue bien un levier stratégique d'attractivité, son efficacité en matière de fidélisation repose sur sa pérennisation, son appropriation par les équipes, par un management situationnel et générationnel ainsi que sa capacité à dépasser les seules contraintes institutionnelles.

Au regard des enseignements tirés de ce travail, il apparaît pertinent de formaliser les leviers identifiés dans un outil synthétique et opérationnel. La fiche réflexe présentée ci-après vise ainsi à soutenir l'action managériale en matière d'attractivité et de fidélisation, dans une logique de transférabilité des pratiques.

4 Fiche Réflexe

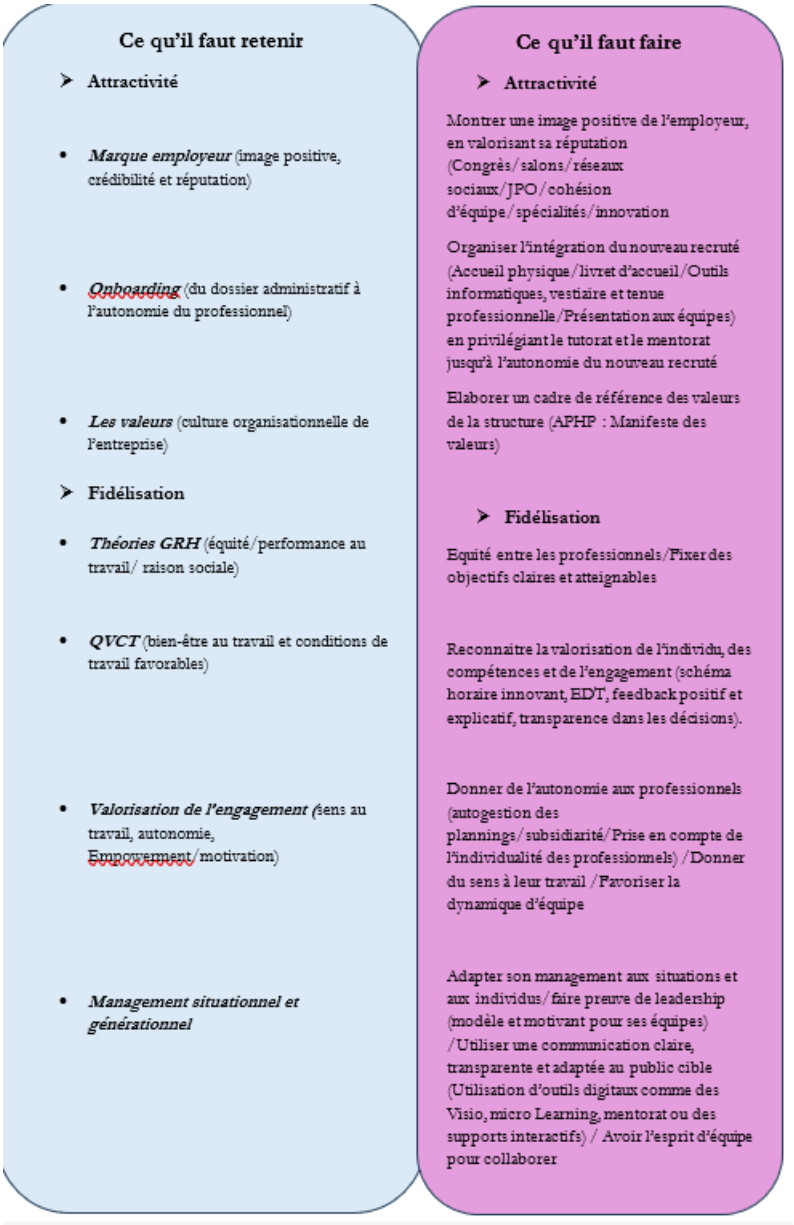


Figure 17 : Fiche réflexe : résumé attractivité et fidélisation

Cette fiche réflexe a été élaborée dans une logique de transposition des apports théoriques en apports pratiques opérationnels. Elle distingue, d'une part, les éléments clés à retenir en matière d'attractivité et de fidélisation (marque employeur, onboarding, QVCT, engagement, management) et, d'autre part, les actions concrètes à mettre en œuvre par le cadre de proximité. Elle constitue ainsi un outil d'aide à la décision, facilitant l'appropriation des leviers managériaux au quotidien.

Cette fiche constitue un support évolutif, pouvant être adapté en fonction des spécificités des services et des contextes organisationnels.

CONCLUSION

Ce projet managérial s'inscrit dans un objectif de recruter tous les postes IDE vacants afin de rouvrir la totalité du capacitaire des lits d'urologie. Ce projet s'est attaché à démontrer que c'est au cœur des unités de soins que se joue la stabilité des équipes IDE.

L'analyse théorique a mis en évidence que ces deux dimensions ne peuvent être dissociées. Si l'attractivité permet d'attirer de nouveaux professionnels, seule une politique de fidélisation cohérente et durable permet d'inscrire les IDE dans un engagement à long terme. À ce titre, les conditions de travail, la reconnaissance de leurs expertises, le sens donné au travail ainsi que la qualité du management de proximité apparaissent comme des leviers déterminants.

Le déploiement du projet a permis d'activer plusieurs leviers stratégiques comme le management situationnel et générationnel.

En impliquant les IDE dans l'organisation des soins et des plannings, avec la cadre de santé nous avons favorisé le passage du statut d'exécutant à celui d'acteur de l'organisation.

A travers les EDT et le développement des compétences, nous avons répondu au besoin de valorisation de l'engagement professionnel en donnant du sens au travail et en favorisant l'autonomie des IDE.

En prenant en compte les différentes générations, X,Y et Z le projet a transformé la diversité des âges en intelligence collective où le mentorat et le partage d'expérience renforcent la cohésion d'équipe.

Ces actions visent à répondre aux attentes des équipes tout en s'inscrivant dans les orientations institutionnelles du DMU SAPERE ainsi que celles du GHUSU.

La pleine réussite du projet repose sur l'engagement des IDE au-delà des CAE, sur l'implication de la cadre de santé sur du long terme et la capacité à inscrire les actions déployées dans la durée. Une évaluation régulière à travers les indicateurs de suivi définis ci-dessus est donc indispensable. Cette démarche d'évaluation continue permettra d'ajuster nos actions en fonction des résultats observés et des évolutions du contexte.

Au-delà des actions mises en place, ce travail souligne l'importance du rôle du cadre supérieur ainsi que celui du cadre de proximité dans la construction d'un environnement de travail porteur de sens, favorisant l'engagement et la fidélisation des professionnels. Dans un contexte en constante évolution, le manager doit s'adapter, innover et rester à l'écoute des équipes afin de concilier la performance organisationnelle et la qualité de vie au travail.

Ainsi, « donner envie de venir et donner envie de rester » ne relève pas d'une action isolée, mais bien d'une dynamique collective et continue, au cœur des pratiques managériales.

Ce projet reflète mon positionnement en tant que cadre supérieure, centré sur un management participatif, responsabilisant et orienté vers la qualité de vie au travail, tout en répondant aux exigences de performance de l'institution. Mon rôle dans ce projet est d'accompagner la cadre de santé dans la conduite de projet et le développement de son autonomie. Il me sera également utile sur les autres secteurs dont je suis responsable.

En tant que cadre supérieure de santé je dois être un "filet de sécurité" et un facilitateur, capable de concilier les contraintes budgétaires institutionnelles avec les aspirations humaines des équipes. Ce projet n'est pas une finalité, mais une étape dans la construction d'un management durable, fondé sur la confiance et la subsidiarité, pour que l'hôpital reste, avant tout, une aventure humaine partagée

Ce projet, par le biais de la fiche réflexe, pourra à l'avenir, être utile aux cadres de mes secteurs, à l'encadrement du DMU SAPERE voire de l'encadrement de PSL.

La politique d'attractivité et de fidélisation constitue une source de professionnels indispensable à la continuité et la qualité des soins. Il est donc indispensable de continuer à y investir du temps afin d'en garantir l'efficacité. C'est pourquoi ce projet va continuer bien au-delà du master 2 MOS.

BIBLIOGRAPHIE

➢ Ouvrages

Attractivité, Fidélisation et qualité des soins, 3 défis, une réponse, Sabine STORDEUUR et William D'HOORE, éditions LAMARRE, 243 pages, lu en mars 2026

La boite à outils du Manager de Managers, André Hamayon, Jacques Isoré, Jean-Pierre Testa, édition Dumod, p189, lu en mars 2024

Les nouveaux modes de management et d'organisation, Innovation ou effet de mode ? Suzy Carnivenc, 197 pages, lu en décembre 2025

Méthode de conduite du changement, diagnostic-Accompagnement Pilotage, 2ème édition, David Autissier et Jean-Michel Moutot, 256 pages, lu en avril 2026

Travailler mieux, Christine Erhel et Bruno Palier, 218 pages, lu en janvier 2026

➢ Documents extraits d'un site internet

ANACT/QVTC : https://www.anact.fr/la-qvtc-de-quoi-parle-t., consulté le 11/11/2025

Carrefour RH, RH : le défi des générations, https://carrefourrh.org/ressources/revue-rh/volume-20-no-2/rh-le-defi-des-generations, consulté le 6/04/2026

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, https://www.cnrtl.fr/definition/communication?utm_source, consulté le 6/04/2026

Comment motiver vos employés : fidéliser au lieu de retenir..certainement possible, https://fcctq.ca/motiver-employes-fidelisation, consulté le 1/05/2026

Définition Attractivité employeur -work, https://www.m-work.co, consulté le 15/11/2025

Donner un sens au travail, chapitre 1, qu'est ce que le sens du travail, Caroline Arnoux-Nicolas, p3 à 58, https://shs.cairn.info/donner-un-sens-au-travail, consulté le 21/03/2026

Donner du sens au travail, Estelle Morin, https://orius.fr/2016/10/12/estelle-m-morin-dooner-du-sens-au-travail, consulté le 21/03/2026

DRESS, https://data.dress.solidarites-sante.gouv, consulté le 23/12/2025

Eléments de compréhension autour des enjeux de fidélisation des personnels soignants, le management en santé. Christelle Routelous, Frédérique Quidu, Gestion et conduite des organisations de santé 2024, p 219 à 238, éditions Presses de l'EHESP, https://stm.cairn.info/le-management-en-sante, consulté le 7/03/2026

Empowerment : définition, avantages et stratégies pour une autonomisation réussie, https://www.leblogdudirigeant.com/empowerment-definition-avantages-et-strategies, consulté le 21/03/2026

Engagement au travail, 10 leviers pour réenchanter le quotidien de vos collaborateurs, Grégory Coste, 19 juillet 2024, https://www.appvizer.fr/magazine/ressources-humaines/engagement-collaborateurs/engagement-travail, consulté le 16/03/2026

Ergonomie et reconnaissance, Claude Bourcier, https://www.ergonomie-self.org/wp-content/uploads/2019/12/acte-73-self, consulté le 26/10/2025

Fidélisation infirmière en 2026 : et si on commençait par écouter celles qui soignent ?, Charlotte K, htpps://www.charlottek.fr/fidélisation-infirmiere, consulté le 09/05/2026

Idées reçues sur le travail 2023, pages 235 à 236, Fabienne HANIQUE, https://shs.cairn.info/idées-recues-sur-le-travail, consulté le 12/01/2026

Infirmier, une nouvelle étude sur la démographie de la profession, https://oga-francepartenaire/2033/infirmiers-une-nouvelle-etude-sur-la-demographie-de-la-profession, consulté le 7/03/2026

La communication, Dr MOURI Founzia, Faculté des sciences de la nature et de la vie Département de Biologie Animale Document destiné aux étudiants en Master 1, https://fac.emc.edu.dz/faculte/2020/COMMUNICATION, consulté le 6/04/2026

La communication, de Shannon et Weaver à aujourd'hui, Labor.Agora, le blog qui vulgarise les sciences sociales a travail, https://laboragora.com/index.php./2017/05/27/communication_shannon_weaver, consulté le 6/04/2026

La langue Française, https://www.lalanguefrancaise.com/definition/empowerment, consulté le 21/03/2026

La motivation, institut du cerveau, https://institutducerveau.org/fiches-fonctions-cerveau/motivation, consulté le 22/03/2026

La réputation de l'employeur/la marque de l'employeur https://www.agnes-duroni.com/definition, consulté le 07/12/2025

La théorie de l'autodétermination, définition et explications, https://www;trajets.org/post/la-théorie-de-l-autodetermination-definition-et-explications, consulté le 22/03/2026

L'écoute active : communiquer efficacement, https://www.demeter-sante.fr/actualites/ecoute-active, consulté le 6/04/2026

Le kit du chef de projet : livres outils, p. 12, H. Marchat (2006), Éditions Eyrolles, https://urpim-madagascar.mg/assets/uploads/2020/06/le-kit-du-chef-de-projet-by-hugues-Marchat, consulté le 15/04/2026

L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener, p 25 à 32, https://shs.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2013, consulté le 21/03/2026

Le rapport au travail des différentes générations : une évolution marquée sur 50 ans, https://www.abcportage.fr/portage-salarial/actualites/2024-11/le-rapport-au-travail-des-differentes-generations-une-evolution-marquee-sur-50-ans, consulté le 6/04/2026

Le triangle de la performance, https://orquali.com/le-triangle-de-la-performance, consulté le 30/03/2026

Les nouvelles définitions de l'engagement professionnel, Mondissimo.fr, 16 décembre 2024, htpps://www.mondissimo.fr/les-nouvelles-definitions-de-lengagement-professionnel.html, consulté le 16/03/2026

Les 3 types de fidélisation, https://aktiva2.com, consulté le 15/11/2025

L'hôpital magnétique, un hôpital « aimant », chapitre 10, Sidibe Matthieu et Alis David, https://Shs.cairn.info/recherche?lang=fraterm=hôpital+magnétique+%3A+un+hôpital+aimant, consulté le 2/12/2025

Management : de l'importance de la communication managériale, Michael Page, novembre 2024, https://www.michaelpage.fr/recrutement/engagement-des-salaries/la-communication-manageriale-comme-cle-pour-bien-gerer-une-equipe, consulté le 6/04/2026

Management générationnel : une approche à reconsidérer, emlyon business-school, https://em-lyon.com/fr/executive/guides/management-generationnel, consulté le 6/04/2026

Manager Go !, l'essentiel du management, quel style de management adopter ? https://www.manager-go.com/management/styles.htm, consulté le 30/03/2026

Management situationnel, Paul Devaux, https://pauldevaux.fr/management-situationnel, consulté le 30/03/2026

Marque employeur, p 63**,** htpps://shs.cairn ;info/revue-française-de-gestion-2015**,** consulté le 29/11/2025

Observatoire sociétal des entreprises : le rapport au travail de la génération Z, https://www.ipsos.com/fr-fr/obervatoire-societal-des-entreprises-le-rapport-au-travail-de-la-generation-z, consulté le 6/04/2026

Pénurie infirmière : problème mondial, solutions locales, https://www.actusoins.com/pénurie-infirmiere-probleme-mondial-solutions-locales.html, consulté le 23/12/2025

Promouvoir une nouvelle culture managériale, p51, (Stratégie Nationale de Santé 2023-2033, https://santé.gouv.fr, consulté le 21/01/2026

Psychologies pour la formation, chapitre 13, La théorie de l'autodétermination par Richard Ryan et Edouard Deci, par Antonia Csillik et Fabien Fenouillet, p 223 à 240, https://shs.cairn.info/psychologies-pour-la-formation, consulté le 29/11/2025

Qu'est ce que le management ? Définition, rôle et responsabilités du manager, https://www.emd.fr/qu-est-ce-que-le-management, consulté le 30/03/2026

Réussissez l'intégration de vos nouveaux collaborateurs avec un Onboarding sur mesure, Alexia Moutier, https://wwwtalentprogram.fr/onboarding-definition, consulté le 18/01/2026

Risque psychosociaux - Code du travail numérique, https://code.travail.gouv.fr/glossaire/risque-psychosociaux, consulté le 1/05/2026

Sens au travail : retour sur la semaine pour la qualité de vie au travail et des conditions de travail 2022, https://www.anact.fr/sens-au-travail-retour-sur-la-semaine-pour-la-qualite-de-vie-au-travail-et-des-conditions-de, consulté le 1/05/2026

Tableau des générations : guide complet et comparatif 2025, https://www.maminutebeaute.fr/tableau-des-generations-guide-complet-et-comperatif-2025

- **Mémoires**

« Attractivité et fidélisation des infirmiers novices : les axes stratégiques du Directeur des Soins. », décembre 2019, Bernard Aurélie https://documentation.ehesp.fr/mémoire, consulté le 15/11/2025

« La fidélisation des équipes infirmiers au sein des établissements de santé » Master 2 management stratégique des organisations de santé option « sanitaire », université de Montpellier-2022, Impressicia Clara-Lassague Hugo – Malinconi Charles, https://dumas.ccsd.cnrs.f/dumas-03817337/document, consulté le 6/03/2026

« Fidélisation des infirmières dans les organisations de santé » Master 2 management stratégique des organisations de santé option « sanitaire », université de Montpellier-20221-2022, De Rozola Miren-Bouchet Vincent-Brissot Éric https://dumas.ccsd.cnrs.f/dumas-03817337/document, consulté le 6/03/2026

- Sites Audio Web

« Attractivité et Fidélisation du nouveau personnel infirmier en milieu hospitalier », Finège Médias, Youtube, visonné le 3/01/2026

« Qualité de vie au travail : Comment devenir un hôpital aimant », Santé Expo.lives : les webinaires Youtube, visionné le 14/12/2025

ANNEXES

1 : Lettre mission
2 : Fiche projet
3 : Synthèse Baromètre APHP 2026/Service d'urologie de PSL/DMU SAPERE

Annexe 1 : Lettre de mission

	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2025-2026	

Désignation du projet	**Attractivité et Fidélisation des infirmiers du service d'hospitalisation complète d'Urologie** *Le projet vise à stabiliser les effectifs infirmiers et à renforcer leur engagement par l'amélioration des conditions de travail et de la reconnaissance professionnelle.*
Commanditaire	DMU / Personnel
Nom du responsable du projet	**Karine CHARREAUX LOPEZ**, cadre supérieure sur les services d'Urologie/Greffes Rénales/Dialyses/Néphrologie/Chirurgie gynécologique et mammaire
Missions du responsable de projet	Recruter et fidéliser les infirmiers de jour et de nuit dans le cadre d'une organisation de travail en 12 heures. Améliorer les conditions de travail et la reconnaissance professionnelle des infirmiers par des actions managériales pertinentes. Consolider les connaissances théoriques et pratiques spécifiques à la discipline d'Urologie. Favoriser l'équilibre vie privée/vie professionnelle des infirmiers. Garantir aux patients, une prise en charge de qualité et sécuritaire lors d'une hospitalisation complète en service d'urologie. Répondre à l'enjeu économique de l'établissement en diminuant les demandes de remplacement et en augmentant l'activité de l'Urologie.
Moyens alloués	Collaboration interdisciplinaire (cadre paramédicale de DMU, cadre de santé, médecins, Direction des soins, DRH) Outils numériques : Gestime (planning), Talentsoft (recrutement), tableaux de bord RH

Master2/2025 2026

	Temps de réunion, de recherche documentaire.
Modalités de reporting	Un reporting hebdomadaire à ME GARNIER, CPDMU SAPERE. Un reporting trimestrielle à la CGS **Indicateurs de Pilotage** Nombre de candidatures / de recrutements / de départs Taux d'absentéisme Taux d'occupation des lits (TOC)/Durée moyenne de séjour (DMS)/Indice de performance (IP). Satisfaction des infirmiers / équipe médicale / patients. Actions managériales déployées.
Durée	**Phase de diagnostic** : septembre à décembre 2025 : Identifier les causes du turnover et les leviers de fidélisation **Phase de déploiement** : janvier 2026 à décembre 2026 : Evaluer le schéma horaire en 12 heures déployé le 8/09/2025/déploiement d'actions managériales favorisant la qualité de vie et la reconnaissance au travail **Phase d'évaluation** : janvier 2027 : Mesurer les résultats et inscrire les actions dans la durée.
Documents de référence	Projet DMU Projet de soins APHP 30 Leviers de Monsieur REVEL, directeur général APHP. TDB Absentéisme de la DRH.
Date : 6/10/2025	
Signature du commanditaire	Signature du responsable de projet

Valérie GARNIER
Cadre Paramédicale de DMU
AP-HP. Sorbonne Université - DMU SAPERE
Hépato-Gastro-Digestif de l'Adulte et de l'Enfant
Bâtiment Husson Mourier
83, Bd de l'Hôpital - 75013 PARIS
Tél. 01 42 17 83 55 - DECT. 01 84 82 18 23
Fax 01 42 17 66 14

Master2/2025-2026

Annexe 2 : Fiche Projet

UPEC UNIVERSITÉ PARIS-EST CRÉTEIL | FACULTÉ DE SANTÉ | ESM Formation & Recherche en Soins

Fiche projet
« Projet Managérial »
Master 2 « Management des Organisations Soignantes »
2025-2026

CHARREAUX LOPEZ Karine

INTITULE du projet managérial :

Attractivité et Fidélisation des infirmiers du service d'hospitalisation complète d'Urologie

Stabiliser les effectifs infirmiers et renforcer leurs compétences et leur engagement par l'amélioration des conditions de travail afin d' assurer aux patients continuité, sécurité et qualité des soins.

CONTEXTE D'EMERGENCE :

L'attractivité et la fidélisation des infirmiers constituent deux enjeux majeurs pour le système de santé. La pénurie de professionnels infirmiers à un impact direct sur la capacité d'accueil des établissements, se traduisant notamment par la fermeture de lits, mais aussi sur la continuité, la sécurité et la qualité des soins. Ce déficit engendre une pression accrue sur les équipes en poste, amplifiant le cercle vicieux du désengagement et du turnover.

De nombreux facteurs expliquent cette instabilité : un manque de reconnaissance institutionnelle et salariale, un stress professionnel important lié à la charge émotionnelle et au rythme de travail, ainsi que des conditions de travail dégradées en raison du sous-effectif et de l'intensification des tâches. Par ailleurs, les perspectives d'évolution professionnelle sont souvent limitées, ce qui freine la motivation et l'investissement à long terme.

Le turnover infirmier a plusieurs conséquences : il perturbe la transmission des savoirs et des compétences, fragilise la cohésion des équipes et altère la relation de confiance avec les patients, réduisant ainsi leur satisfaction et la qualité perçue des soins. D'un point de vue économique, les coûts liés au recrutement, à la formation des nouveaux arrivants et au moyen de remplacement pèsent lourdement sur les budgets hospitaliers, notamment dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques.

Plusieurs leviers peuvent être activés pour améliorer la fidélisation des infirmiers. Renforcer la reconnaissance professionnelle, améliorer les conditions de travail avec des effectifs adaptés, une autonomie des professionnels et un équilibre vie professionnelle/vie personnelle. La promotion de la qualité de vie au travail (QVT) est également un facteur clé pour restaurer l'attractivité. Enfin, une culture managériale bienveillante et participative contribue à renforcer le sentiment d'appartenance et la fidélité des infirmiers.

Le service de chirurgie d'urologie d'hospitalisation complète est situé dans un établissement public parisien. Il dispose d'un capacitaire de 33 lits, dont seulement 26 sont actuellement ouverts en raison d'un manque de personnel infirmier. La durée moyenne de séjour y est de 3,9 jours.
Le service accueille des patients autonomes ainsi que des personnes présentant des handicaps

lourds. Le vieillissement de la population se traduit par une augmentation du nombre de patients âgés de plus de 80 ans, nécessitant des soins plus complexes et une prise en charge accrue. Par ailleurs, la montée en puissance de la chirurgie ambulatoire réduit les hospitalisations courtes de patients autonomes, mais renforce la charge de travail auprès des patients les plus dépendants. Cette évolution modifie la nature des soins et augmente la charge ressentie par les équipes médicales et paramédicales.

L'urologie, bien que spécialité technique demeure un secteur peu attractif pour les jeunes diplômés. Ceux-ci perçoivent souvent une charge de travail importante, un poids administratif conséquent et un manque de temps consacré à la relation soignant-soigné. Le turnover des patients, élevé, renforce ce ressenti d'intensité et de pression.

Le service accueille chaque année un nombre important d'étudiants en soins infirmiers, du premier au sixième semestre. Cette dynamique de formation constitue un levier potentiel de recrutement. En juillet 2024, cinq infirmiers ont ainsi été recrutés par le biais de contrats d'allocation d'études, avec un engagement de dix-huit mois. Afin d'améliorer l'attractivité, un nouveau schéma horaire en 12 heures, de jour comme de nuit, a été mis en place en septembre 2025, permettant le recrutement de trois nouveaux infirmiers. À ce jour, deux postes de jour et un poste de nuit restent à pourvoir pour atteindre la pleine capacité du service (33 lits).

Au-delà du recrutement, il s'agit désormais de pérenniser les effectifs, de stabiliser les équipes et de préserver la qualité des soins délivrés aux patients.
Les nouveaux professionnels recrutés nécessitent un accompagnement renforcé pour faciliter leur intégration, consolider leurs compétences et renforcer leur sentiment d'appartenance à l'équipe. Le maintien d'un environnement de travail favorable, combiné à une organisation adaptée et à un encadrement bienveillant, apparaît essentiel pour éviter les départs prématurés et soutenir la cohésion d'équipe.

Ce projet s'inscrit dans une démarche institutionnelle plus large visant à garantir la qualité, la sécurité et la continuité des soins malgré les contraintes de ressources humaines.
La fidélisation des infirmiers constitue un enjeu stratégique pour maintenir le capacitaire du service et répondre aux besoins croissants des patients en chirurgie urologique.

Ainsi, ce projet vise à renforcer l'attractivité du service d'urologie et à fidéliser durablement les professionnels en poste, contribuant à la consolidation de l'offre de soins et à la performance globale de l'établissement.

REFERENCES REGLEMENTAIRES :

- Droit du travail
- Politique d'attractivité et fidélisation de l'APHP
- Projet DMU SAPERE
- 30 Leviers de Monsieur REVEL, directeur général APHP.

OBJECTIFS DU PROJET ET INSTITUTIONNELS :

- Des objectifs de santé publique, garantissant une qualité, sécurité et continuité des soins, encourageant l'amélioration de la qualité de vie au travail (QVT) et la valorisation du métier infirmier,
- Un enjeu économique, en réduisant les coûts liés aux moyens de remplacement par une diminution du turnover,
- Des enjeux humains et relationnels, favorisant la stabilité des équipes, la transmission des savoirs et la satisfaction des patients et des médecins.

ACTEURS liés PROJET

- Responsable : Karine CHARREAUX LOPEZ, cadre supérieure de secteur,
- Collaboration interdisciplinaire : Cadre paramédicale de DMU, cadre de santé, médecins, Direction des soins, DRH.
- Infirmiers
- Patients

CALENDRIER PREVISIONNEL :

- Cf diagramme de GANTT ci dessous,
- Temps de travail avec le cadre de santé,
- Temps de reunion avec les infirmiers
- Temps de reporting au CPDMU et DS.
- Travail personnel le week-end,

MOYENS :

- Personnes mobilisées : cadre de proximité et cadre supérieure de l'Urologie,
- Outils numériques : Gestime (planning), Talentsoft et tableaux de bord RH,
- Temps de réunion, de reporting et de recherches documentaires

MODE DE FONCTIONNEMENT :

- Temps de réunion avec le cadre de proximité, les infirmiers et les médecins,
- Mise en place d'actions managériales (autonomisation pour les plannings, réunion sur les irritants du quotidien etc..)
- Suivi des indicateurs (Nombre de candidatures /Nombre de recrutements / de départs//Taux d'absentéisme //Taux d'occupation des lits (TOC)/Durée moyenne de séjour (DMS)/Indice de performance (IP)// Satisfaction des infirmiers / équipe médicale / patients.
- Reporting à la CPDMU, DS et DRH
- Evaluation du projet

RESULTATS ATTENDUS :

- **A court terme** : Recrutement sur les Postes Vacants,
- **A moyen terme** : Réouverture des lits fermés, développement des compétences des infirmiers, défendre un climat de travail favorable,
- **A long terme** : Fidélisation des professionnels recrutés sur 3 à 4 ans couplée à une meilleure qualité des soins perçue par les patients, les médecins et les infirmiers.

VALIDATION :

Année	2025				2026						
mois	sep	oct	nov	déc	jan	fév	mar	avr	mai	jui	dernier trimestre
Phase de diagnostic											
Analyse des causes de départs	CSS	X	X	X							
Analyse des leviers de fidélisation		X	X	X							
Phase de déploiement											
Evaluation du schéma horaire en 12 heures					CS/CSS						
Déploiement des actions managériales					CS						
Communication du projet					CS/CSS						
Phase d'évaluation											
Mesure des résultats en lien avec les indicateurs											CS et CSS
Communication des résultats											X

CRITERES D'EVALUATION

- Nombre de candidatures /de recrutements / de départs
- Taux d'absentéisme
- Taux d'occupation des lits (TOC)/Durée moyenne de séjour (DMS)/Indice de performance (IP).
- Satisfaction des infirmiers / équipe médicale / patients.
- Actions managériales déployées.

Accompagne la conduite de votre projet

REFERENCES UNIVERSITAIRES

Concepts clés

- Attractivité et Fidélisation
- Turnover des professionnels
- Qualité de vie au travail
- Motivation/Autonomie des professionnels/Reconnaissance professionnelle
- Management bienveillant/participatif
- Compétences et professionnalisation

Auteurs de référence (Bibliographie)

- **Documents extrait d'un site internet**

- Paillé, Pascal. « Le rôle du supérieur sur la fidélisation du personnel infirmier ». Journal de gestion et d'économie médicales 28, no 3 (2010): 101. https://doi.org/10.3917/jgem.103.0101(consulté le 6/10/2025).
- Chapitre 10 : l'hôpital magnétique : un hôpital « aimant », de Matthieu SIDIBE et David ALIS. https://Shs.cairn.info/recherche?lang=fraterm=hôpital+magnétique+%3A+un+hôpital+aimant (consulté le 2/12/2024).
- L'hôpital magnétique : définition, conceptualisation, attributs organisationnels et conséquences. Matthieu SIDIBE. Rennes 1 – 2014 Thèses .fr (consulté le 2/12/2024).
- Abandon prématuré de la profession infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. P 308 à 327. Madeleine Estryn-béhar (praticien hospitalier, médecin du travail)/Jean François Nebri (cadre supérieur de santé, président de l'ISIS)/Olivier Le Nézet (staticien). https://wwwsciencesdirect.com/science/article/pii/S162965830700012x. (Consulté le 7/12/2024).
- L'empowerment structurel des hôpitaux « magnétiques » est-il concevable en France ? Odessa Petit Dit Daniel Phd (Professeur à l'EHESP), https://wwwsciencedirecte.com/science/article/abs/pii/S2352802815000988 (Consulté le 1/01/2025).

- **Ouvrage**

- Yves Clos et Michel Gollac : « Le travail peut-il devenir supportable ? », éditions Armand COLIN, 2014, 226 pages

- **Conférence Webinaire**

- « La santé des soignants et le management », le 14/10/2025

Annexe 3 : Synthèse Baromètre APHP 2026 / Service d'Urologie/DMU SAPERE/ Hôpital PSL/GHSU/AHPH

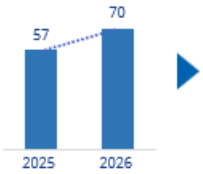


Points clés du Baromètre interne de l'AP-HP - 2026

HOSPIT UROLOGIE

Taux de participation : 40% 18 *répondants*

Conditions de travail (% positif)



L'indicateur de conditions de travail est la moyenne de 6 questions :

		Evolution vs. 2025
Sentiment de disposer d'autonomie	96	+8
Sentiment de disposer des moyens nécessaires	78	+42
Conciliation vie pro/vie perso	76	+14
Sentiment de disposer des informations nécessaires	71	-5
Sentiment de disposer de temps nécessaire	51	-2
Sentiment d'une répartion équitable de la charge de travail	41	+7

Trois indicateurs calculés à partir des questions qui impactent la satisfaction globale au travail

Conditions de travail	Esprit d'équipe et management	Engagement
70	72	64
+13 vs. 2025	*+14 vs. 2025*	*+14 vs. 2025*

Les 5 évolutions les plus positives	2026	vs. 2025
Les réunions d'équipe auxquelles je participe sont utiles et efficaces	66	+42
J'ai les moyens nécessaires pour bien faire mon travail	78	+42
Mon supérieur hiérarchique direct fait des retours réguliers	64	+34
De manière générale, je suis satisfait(e) dans mon travail	96	+31
Je me sens soutenu(e) pour faire face à la charge émotionnelle et aux situations stressantes	47	+30

Les 5 évolutions les plus négatives	2026	vs. 2025
Je participe à la mise en œuvre des projets stratégiques au sein de mon service	24	-14
Au regard des efforts de réflexion ou d'attention que je dois fournir, j'estime que mon travail est facile	17	-10
Les projets stratégiques de mon équipe sont motivants	20	-10
Les transmissions entre les équipes sont satisfaisantes	83	-7
Au regard des efforts physiques que je dois fournir, j'estime que mon travail est facile	16	-6

Une enquête réalisée par Ipsos bva du 19 janvier au 13 février 2026 auprès de 91 528 professionnels

Résumé

Ce projet managérial de Master 2 en Management des Organisations Soignantes analyse les leviers majeurs de l'attractivité et de la fidélisation des infirmiers (IDE) au sein du service d'urologie de l'Hôpital Pitié-Salpêtrière (AP-HP).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le système de santé fait face à une pénurie mondiale de professionnels, avec un besoin estimé à 4,5 millions d'IDE d'ici 2030. En France, cette tension est majorée par le vieillissement de la population et des conditions de travail dégradées, entraînant un turnover important des IDE.

Le service d'urologie étudié illustre cette réalité. Bien que spécialité technique, elle souffre d'un manque d'attractivité auprès des jeunes diplômés et de l'existence de postes vacants ayant conduit à la fermeture de 21 % de son capacitaire de lits depuis 2022. La problématique centrale interroge la capacité d'une conduite du changement participative et structurée à constituer un levier stratégique pour renverser cette tendance.

Le cadre théorique de ce projet managérial mobilise plusieurs concepts issus des ressources humaines et du management des organisations soignantes : attractivité, fidélisation, qualité de vie et conditions de travail (QVCT), reconnaissance, autonomie, engagement professionnel et management situationnel. L'attractivité est définie comme la capacité d'une organisation à attirer des professionnels grâce à son image, ses valeurs, ses conditions de travail et ses perspectives de développement. La fidélisation, quant à elle, repose sur la capacité à maintenir durablement l'engagement des professionnels en favorisant le sentiment d'appartenance, la reconnaissance et le sens au travail.

Ce projet privilégie des leviers centrés sur l'amélioration des conditions de travail et le développement professionnel des infirmiers. Plusieurs actions sont proposées : l'organisation du travail en 12 heures, l'autonomisation des IDE dans l'élaboration des plannings, le développement des compétences par la formation, la mise en place d'Espaces de Dialogue sur le Travail (EDT) ainsi que des Journées Portes Ouvertes destinées aux étudiants infirmiers. Ces dispositifs visent à renforcer l'attractivité du service et la fidélisation des infirmiers en améliorant la satisfaction et l'engagement des professionnels déjà en poste.

Le management de proximité occupe une place centrale dans ce projet. Un management bienveillant et situationnel et fondé sur la reconnaissance apparaît comme un levier essentiel pour soutenir les équipes et limiter le turnover. L'objectif principal est de créer un environnement de travail favorisant l'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, le développement des compétences et la valorisation des professionnels.

Les premiers résultats indiquent une dynamique positive avec le recrutement de nouveaux professionnels et plus aucun poste vacant, permettant d'envisager la réouverture des lits fermés en octobre 2026. Cependant, ce projet souligne également que la fidélisation est un processus long et continu. Le rôle du cadre supérieur est de soutenir un management bienveillant et situationnel, capable de concilier performance institutionnelle et épanouissement des équipes, faisant ainsi de l'hôpital et du service d'urologie un lieu où l'on a durablement « envie de venir, envie de rester ».

Mots clés : Attractivité/Marque employeur /Fidélisation/Engagement/Autonomie/QVCT/Management situationnel/Management générationnel.