Centre hospitalier Sainte-Anne

Pôle Formation

# Institut de Formation des Cadres de Santé Ile de France

UPEM UNIVERSITÉ PARIS-EST MARNE-LA-VALLÉE

IFIS INSTITUT FRANCILIEN D'INGÉNIERIE DES SERVICES

îledeFrance

# Manager par la reconnaissance, un atout pour le cadre de santé ?

Sous la direction de : Jean-Marc SAURET

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master (1ère année) « management des établissements, services et organisations de santé »

**Laetitia BOURNAT**

Promotion : **2013-2014**

Date du Jury : **juin 2014**

# Remerciements

Nous remercions notre directeur de mémoire, Monsieur Sauret, qui a su nous aider et nous accompagner tout au long de ce travail de recherche.

Nos remerciements s'adressent aussi à tous les professionnels de santé qui nous ont accordé du temps.

Je dédie ce travail à mon mari, David, et à mes filles, Anaïs et Juliette, pour leur soutien pendant cette formation mais surtout pour leur patience et leur amour.
Ensemble nous avons formé une véritable équipe.

# Liste des sigles utilisés

**AP-HP :** Assistance publique-Hôpitaux de Paris

**HAS** : Haute autorité de santé

**HPST :** Hôpital, patients, santé et territoires

**NMP** : Nouveau management public

**SSPI** : Salle de surveillance post-interventionnelle

**T2A** : Tarification à l'activité

# Table des matières

Introduction ..... 3
1 Du constat à la problématique ..... 5
1.1 Un environnement des professionnels de santé en évolution constante ..... 6
1.2 La culture d'entreprise de l'hôpital ..... 8
1.3 La « valeur travail » de l'infirmière ..... 8
1.4 La posture du cadre ..... 10
2 Une contextualisation avant une conceptualisation ..... 13
2.1 D'abord des éléments de cadrage ..... 13
2.1.1 Un contexte en perpétuelle mutation ..... 13
2.1.2 Une définition de posture ..... 14
2.2 Le concept de posture professionnelle ..... 15
2.2.1 La place du cadre ..... 16
2.2.2 Le lien d'appartenance et l'équipe ..... 17
2.3 Donner du sens au travail ? ..... 18
2.4 La reconnaissance ..... 21
2.5 Le concept de motivation ..... 23
2.6 La question de recherche ..... 26
2.7 L'hypothèse : ..... 27
3 Méthodologie de l'enquête ..... 29
3.1 La recherche documentaire ..... 29
3.2 Des séquences d'observation désengagées ..... 29
3.3 Des entretiens semi-directifs ..... 30
3.4 Le choix des terrains d'enquête et de la population enquêtée ..... 30
3.5 Le déroulement des entretiens ..... 31
3.6 Les limites de notre méthodologie ..... 31
3.7 Le talon sociologique des personnes interviewées ..... 32

4 Analyse des entretiens ..... 33
4.1 Le cadre de santé ..... 33
4.1.1 La place du cadre ..... 34
4.1.2 Les différents rôles du cadre pour les soignants ..... 35
4.2 Le sens du travail ..... 37
4.2.1 Le travail dans tous ses aspects ..... 38
4.2.2 Les éléments donnant du sens ..... 40
4.2.3 Les éléments diminuant le sens ..... 42
4.2.4 Le sens par la reconnaissance ..... 46
4.2.5 Les gestes et les rites de reconnaissance porteurs de sens du cadre ..... 49
4.3 La motivation ..... 50
4.3.1 Les leviers motivationnels ..... 50
4.3.2 Les freins motivationnels ..... 52
4.3.3 L'influence du cadre sur la motivation des agents ..... 54
5 Discussion avec les concepts ..... 55
5.1 Les attentes des soignants en matière de reconnaissance ..... 55
5.1.1 Les pairs ..... 56
5.1.2 Le patient ..... 57
5.2 La motivation ..... 57
5.3 La posture du cadre de santé ..... 58
5.3.1 Son influence sur le climat organisationnel ..... 58
5.3.2 Son incidence sur l'adhésion de l'équipe ..... 59
5.4 Retour à l'hypothèse et synthèse ..... 59
Conclusion ..... 61
Bibliographie ..... 63
Annexe I Guide d'entretien ..... I
Annexe II Retranscription de l'entretien avec Marie ..... II

# Introduction

Trois jours avant d'être reçue au concours de l'institut de formation des cadres de santé (IFCS), nous apprenons que notre établissement hospitalier a décidé de ne plus financer la formation cadre de santé. Après deux reports et beaucoup d'interrogations nous décidons d'intégrer l'institut, sûre de notre projet professionnel et mue par le désir d'acquérir une vision plus élargie sur le système de santé. La formation devait nous permettre d'acquérir des savoirs et des savoir-faire ainsi que de développer des méthodes de réflexion. Nous désirions mieux comprendre les politiques nationales et institutionnelles, analyser des situations professionnelles et cibler les rôles et les missions du cadre.

L'obtention du diplôme de cadre de santé et la validation du master 1 « management des établissements, services et organisations de santé », mention « management des organisations sanitaires et sociales » nécessite la réalisation d'un mémoire. Ce dernier nous permet d'explorer l'un des domaines suivants : le management, la clinique et la pédagogie.

Nous avons abordé ce travail d'initiation à la recherche comme une opportunité d'approfondir notre raisonnement sur un thème professionnel. Notre posture de chercheur nous permettait de prendre du recul sur nos quinze années de pratiques soignantes et de nous projeter dans notre future fonction de cadre de santé.

La pénurie et le nomadisme infirmier ainsi que le phénomène du turn-over sont des sujets traités encore régulièrement par la presse professionnelle et généraliste. En parallèle, au cœur du fonctionnement hospitalier, le cadre supervise l'ensemble des missions d'organisation contribuant à la qualité des soins. Son management d'équipe participe ainsi à cette dernière. Dans une perspective professionnelle, nous nous interrogions sur l'impact du cadre de proximité dans la fidélisation des infirmières.

Notre orientation première changea suite à nos lectures et nos échanges avec notre directeur de mémoire. La posture du cadre de santé sur la dynamique d'équipe et individuelle fut donc notre axe d'étude**.** Notre question de départ fut formulée comme suit : **la posture du cadre de santé dans sa considération du travail de ses collaborateurs peut-elle influencer l'adhésion des membres de son équipe ?**

Afin de cibler notre travail de recherche, notre mémoire est orienté sur les professionnels infirmiers.

Nous aborderons ainsi dans une première partie le cheminement nous ayant mené jusqu'à la construction de notre problématique.

Dans une deuxième partie nous nous attacherons au cadre contextuel du système de santé et aux concepts de sens du travail, de reconnaissance et de motivation.

L'élaboration de ce cadre théorique nous a permis d'énoncer cette question de recherche : **comment le cadre de proximité dans un environnement contraint parvient-il à entretenir le processus de motivation individuelle et l'adhésion de l'individu à l'équipe ?**

Et d'identifier l'hypothèse suivante : **en manifestant des signes de reconnaissance, le cadre favorise l'engagement de ses collaborateurs.**

Après l'explicitation de l'ensemble de notre méthodologie, nous procéderons à l'analyse des données recueillies lors de nos observations et de nos entretiens semi-directifs. Nos résultats seront discutés avec les concepts mobilisés afin de vérifier la validité de notre hypothèse. Nous conclurons par un bilan de notre travail et une projection professionnelle.

# 1 Du constat à la problématique

Depuis l'obtention de mon diplôme il y a quinze ans, j'ai travaillé essentiellement dans un établissement privé à but non lucratif. Comme dans beaucoup d'hôpitaux j'ai participé à l'effort collectif visant à combler un déficit de douze millions d'euros, ce qui n'a malheureusement pas empêché un douloureux plan de restructuration. Les méthodes employées furent celles pratiquées dans l'industrie : non remplacement des départs à la retraite, plan de licenciement, externalisation des services logistiques et même fermeture d'un service jugé non rentable. Faire des économies était le leitmotiv quotidien de la direction.

Durant toutes ces années, je suis restée fidèle à mon hôpital, même si parfois je m'interrogeais sur le bien-fondé de mon activité et la culture d'établissement. Sans conteste, certains propos des supérieurs hiérarchiques du personnel paramédical pouvaient choquer même s'ils ne m'ont jamais été destinés : « *si tu n'es pas content tu peux partir* » ou encore « *il y a en d'autres derrière la porte pour prendre ta place* ». Dans un contexte de nomadisme et de pénurie infirmière, ces propos me semblaient inopportuns ; à mes yeux ils apparaissaient, de plus, comme un manque de considération du personnel.

Un autre élément m'intriguait : certains services parvenaient mieux que d'autres à fidéliser leur personnel. Plus précisément, au sein de mon établissement deux services de chirurgie me paraissent avoir un degré d'attractivité différent. Dans l'un, malgré des départs réguliers, il persiste un « noyau dur », une équipe stabilisée ; l'équipe est relativement fixe : sur six infirmières, trois sont en poste depuis plus de dix ans. En outre, les postes vacants sont rapidement pourvus lors des départs. L'autre unité subit la désaffection du personnel infirmier et l'équipe est rarement complète. Ce service jouit d'une très mauvaise réputation en terme d'ambiance de travail : des étudiants, des infirmières intérimaires et vacataires nous font part de très mauvaises expériences (froideur de l'accueil et remarques désobligeantes entre autres). La qualité des soins semble altérée dans cette unité : des patients expriment régulièrement leur mécontentement, les anesthésistes se plaignent fréquemment de dossiers incomplets lors de la descente des patients au bloc opératoire, retardant de fait leur prise en charge chirurgicale.

Dans ces deux services de chirurgie les cadres sont en place depuis plus de deux ans et, comme nous l'avons observé, une des unités subit une rotation conséquente de son personnel. Au sein d'un même établissement, malgré des objectifs communs, des disparités semblent apparaître en terme de bien-être, de plaisir au travail.

Ce constat nous amène à de multiples interrogations autour du nomadisme ou non du personnel infirmier. Pourquoi les gens partent, parfois très rapidement ? Est-ce l'expression d'un malaise ? Et au contraire pourquoi d'autres semblent apprécier de rester dans la même unité ?

En tant que future cadre de santé, nous souhaiterions cerner des facteurs pouvant expliquer ces disparités. Etudier le contexte hospitalier nous semble être un préalable indispensable.

## 1.1 Un environnement des professionnels de santé en évolution constante

François Danet, docteur en sociologie et chercheur en psychologie du laboratoire Santé-Individu-Société de l'université Lumière Lyon 2, fait ce constat en 2004[1] : « Après les logiques compassionnelle, sociale et professionnelle, les deux décennies qui viennent de s'écouler ont vu un quatrième modèle émerger, celui de l'« hôpital-entreprise ». Les contraintes économiques, liées à l'accroissement de plus en plus important des dépenses de santé, ont accéléré les réformes visant à restructurer - en fait à réduire - l'offre hospitalière. Les outils de gestion mis en place sont inspirés du management de l'entreprise ».

Historiquement donc, l'hôpital est passé de sa fonction d'hébergement des déviants à « l'hôpital-entreprise » de nos jours, passant entre les deux par le lieu d'exercice de la toute-puissance médicale. De la charité à l'efficience, ses priorités ont muté. Conjointement, son système de valeurs s'est considérablement modifié suivant d'une part l'évolution économique et législative du système de santé, et d'autre part la dynamique d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de soins. Effectivement, l'économie de la Santé est un sujet de préoccupation pour tous les gouvernements successifs compte tenu de l'absence de maitrise des dépenses de santé. Les établissements de santé, représentant une partie importante de ces dernières, sont donc une source potentielle d'économies.

La qualité à l'hôpital n'est pas une notion nouvelle dans le monde de la santé : la première charte du patient hospitalisé introduisant le droit à la qualité date de 1975. Cependant, après différentes études portant sur le coût de la non-qualité des soins, l'évaluation qualitative des

[1]DANET, François ; BREMONT, Marc ; ROBERT, Dominique. Les Urgences [En ligne]. *Etudes*.5/2004, tome 400 ; pp.599-610. [Page consultée le 19/12/2013], http://www.cairn.info/revue-etudes-2004-5-page-599.htm

activités hospitalières entre en vigueur avec l'ordonnance du 24 avril 1996[2]. Elle établit l'outil et la méthode d'évaluation de la qualité des soins en créant la procédure d'accréditation des établissements de santé. Dans le domaine du soin, cette non-qualité est analysée dans la globalité du processus de soins : dimensions relationnelles, éducatives, techniques, et environnementales. La HAS (Haute autorité de santé) propose cette définition : « la qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible ».[3]

Ces variations ont entraîné une évolution des missions du cadre de santé : son rôle de manager et de gestionnaire est devenu fondamental. « La montée de la logique gestionnaire dans les hôpitaux va de pair avec une évolution de la place des cadres au sein des collectifs de travail. Ils ne sont pas les promoteurs de cette évolution, qu'ils subissent autant que les autres professionnels et que nombre d'entre eux déplorent, mais ils en sont certainement les « porteurs » au sein des équipes de travail, et les garants de la mise en œuvre aux yeux de la direction, […]».[4]

Porteur de la politique générale de l'établissement et garant de la qualité des soins, le cadre se positionne ainsi au cœur du fonctionnement hospitalier. Il n'est pas seulement l'intermédiaire entre son équipe et la hiérarchie. Sa coopération s'élargit aux autres acteurs du monde hospitalier dans une approche transversale de l'organisation. Il s'est peu à peu, contraint par ses objectifs, écarté de son cœur de métier soignant en s'éloignant des activités quotidiennes de son équipe. Pourtant, garant de la qualité des soins, il doit conduire son équipe à être efficiente, à œuvrer dans un projet partagé : le projet d'établissement.

Ce projet pourrait être mis sur le même plan qu'un projet d'entreprise.

---

[2]Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O du 25 avril 1996.

[3]HAS. *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé* [En ligne]. Collège de la Haute Autorité de Santé, 2007. [Page consultée le 26/12/2013], http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf

[4] DIVAY, Sophie ; GADEA, Charles. Les cadres de santé face à la logique managériale [En ligne]. *Revue française d'administration publique.* Avril 2008, n°128, pp.677-687. [Page consultée le 07/12/2013], http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFAP_128_0677

## 1.2 La culture d'entreprise de l'hôpital

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le paradigme des hôpitaux a changé et les pratiques gestionnaires se rapprochent à présent des méthodes employées dans les entreprises.
La finalité de l'entreprise est de produire. En suivant l'évolution historique de l'entreprise et du management, nous avons pu observer les changements concernant la gestion des ressources humaines et les modèles managériaux.
Le modèle hiérarchique classique nuirait à la motivation des salariés en bridant leur créativité.
C'est ainsi que Bartlett et Ghoshal dans « l'entreprise individualisée »[5] ont la profonde conviction que les entreprises doivent être conçues avant tout comme n'importe quelle organisation sociale et non pas comme une simple mécanique. Les ressources humaines, les collaborateurs, sont la première richesse de l'entreprise ; ils ne sont pas les simples exécutants des décisions hiérarchiques. Ils ne représentent pas une « ressource humaine » au sens de savoir-faire immédiatement utile mais des acteurs animateurs des activités de l'entreprise. Leur singularité est un gain ; au contraire la conformité à la norme et la recherche de l'homogénéité à tout prix sont une source d'appauvrissement pour l'ensemble de l'organisation.
L'entreprise "individualisée" implique de nouveaux rôles pour les managers de proximité placés au plus près des attentes et des indications de terrain. Leur mission ne se limite pas au contrôle des décisions de la direction, mais à la coordination des efforts de chacun dans un projet commun partagé. Ils doivent savoir mettre en valeur le savoir-faire et les compétences de chaque salarié et accorder de l'autonomie génératrice de créativité.
Les auteurs montrent combien autour des valeurs de l'entreprise, une identité collective se forge, une culture d'entreprise se développe, générant implication et engagement personnel.

Ce constat nous amène à étudier le positionnement du corps infirmier dans l'organisation hospitalière.

## 1.3 La « valeur travail » de l'infirmière

Le travail participe à la construction et à la consolidation de l'identité : aimer son travail et s'y reconnaître participe à la réalisation de soi. Dans son article « Le travail, lieu et enjeu des

[5] GHOSHAL, Sumantra ; BARTLETT, Christopher. *L'entreprise individualisée. Une nouvelle logique de management.* Paris : édition Maxima, collection institut du management, 1998.

constructions identitaires »[6], le sociologue Claude Dubar, professeur émérite de l'université de Versailles, montre que « si le travail est au cœur des processus identitaires, c'est aussi parce qu'il est le lieu où se met en œuvre un projet personnel, où se réalise une trajectoire, où chacun est mis à l'épreuve. On ne peut savoir ce que l'on veut et ce que l'on vaut sans l'avoir expérimenté au travail. »

Un collectif d'auteurs canadiens[7] pointent qu'au sein de l'hôpital, français entre autre, différentes cultures coexistent et s'entrecroisent ; des discordances de visions et d'objectifs existent. Dans les établissements de santé, différents groupes cohabitent ; ils n'ont pas les mêmes valeurs, la même définition du succès et de la performance, les mêmes intérêts. Ils observent la structure de soins avec une vision différente : un clivage existe entre les différents professionnels au sujet de la performance, de l'efficience.

Ce conflit de valeurs s'est exacerbé au fil des différentes évolutions du monde hospitalier, notamment depuis une quinzaine d'années avec la T2A (la tarification à l'activité) et la nouvelle gouvernance. En effet, « le milieu hospitalier a subi des modifications profondes : d'hôpital charité, il est devenu hôpital-entreprise où les patients sont désormais clients, où les soins coûtent et doivent être rentables »[8]. Les institutions hospitalières élaborent, au nom de l'efficacité, une organisation du travail dans laquelle le professionnel soignant se perd parfois dans des logiques organisationnelles lui paraissant paradoxales ; les enjeux institutionnels pouvant parfois être mal compris. C'est une des missions du cadre d'améliorer les difficultés de communication entre ses collaborateurs et l'encadrement supérieur.

Au-delà, la pratique soignante selon Walter HESBEEN [9]« relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe professionnelle et témoigne des talents de ceux-ci. » Cette profession relationnelle, où l'engagement personnel est souvent très prégnant, ne se résume pas à des actes techniques prescrits, une part importante du travail réel est difficilement visible.

---

[6] DUBAR, Claude. Le travail, lieu et enjeu des constructions identitaires. *Projet*. 1993, n° 236, pp.41-48.

[7] STORDEUR, Sabine ; D'HOORE, William ; BEDARD, Martin ; et *al*. . *Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse*. Rueil-Malmaison : Lamarre, coll. Fonction cadre de santé, 2009.

[8] FENDER, Rachel ; MANGEMATIN, Yahn ; HUSSON, Julien ; et *al*. Essai de modélisation de la reconnaissance au travail. *Soins Cadres*. 2011, n°80, pp. 29-34.

[9] HESBEEN, Walter. La qualité de la pratique soignante, in *La qualité du soin infirmier penser et agir dans une perspective soignante*, HESBEEN, Walter. Paris : Édition Masson, 1998, p. 55.

Les valeurs et l'éthique personnelles des infirmières peuvent être bousculées dans la dispensation de soins moins relationnels par manque de temps. Une souffrance due au conflit entre ce que l'on fait et ce que l'on éprouve peut naître : une opposition entre l'amour du travail bien fait et l'obligation de transgresser des règles éloignées de la réalité du travail.

La difficulté à bien faire son travail dans ces conditions contraignantes peut devenir une source de mal-être. « Les supérieurs ont une responsabilité s'ils se font complices de ce déni de réalité qui affaiblit les forces créatrices et constructives de tous.»[10]

Nous nous demandons si les infirmières ne perdent pas le sens de leur travail, entraînant ainsi une forme de déplaisir. Le phénomène de rotation étant inégal entre deux unités d'un même établissement, nous désirons explorer le positionnement de l'encadrement de proximité.

## 1.4 La posture du cadre

Dans une interview[11], Sumantra Ghoshal affirmait que « c'est la philosophie du manager qui crée l'ambiance de l'entreprise et qui influence la conduite de chacun au quotidien ».

Le cadre de santé, garant du climat de son unité, transmet ses valeurs et ses principes à ses collaborateurs. Renaud Sainsaulieu fait remarquer que les travailleurs s'identifient aux pairs, aux chefs ou au groupe. Ainsi, l'équipe est-elle en quelque sorte le reflet de son manager. L'adhésion de ce dernier à ses missions et à la raison d'être du service est le préambule nécessaire à la dynamique de son équipe. [12] Le cadre, porteur du projet d'établissement, insuffle aux membres de son équipe la fierté de leur travail. « Être motivé ou éprouver de la motivation pour son travail, c'est ressentir un intérêt à un ensemble de tâches fixées par une organisation dans le cadre d'une obligation contractuelle. »[13]Ceci nous amène à cette interrogation : si le cadre émet des doutes sur la pertinence du projet d'établissement et/ou sur les moyens mis en œuvre, l'équipe peut-elle perdre le sens de son travail ?

---

[10] LE NESTOUR, Annick. Plaisir au travail, plaisir du travail. *Soins Cadres*. Mai 2011, n°78, pp. 27-29.

[11] JOURDAIN, Stéphène. Sumantra Ghoshal : « l'individu est créateur de valeurs. »[En ligne]. *La Tribune*. 1999, pas de pagination, n°166. [Page consultée le 28/12/2013], http://hack.tion.free.fr/mvtsoc/Entreprises/Elf-resistance/perso.wanadoo.fr/elf-resistance/presse/latribune990701.htm

[12] SAINSAULIEU, Renaud. *L'identité au travail*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1996.

[13] LASSEAUX, Marc. Le plaisir au travail, entre désir et jouissance. *Soins cadres.* Mai 2011, n°78, pp. 24-26.

Paule Bourret écrit en 2011 que « les cadres d'unité ne perçoivent plus le travail réel car elles sont nommées pour leur talent de manager plutôt que de technicienne ».[14]

Pourtant, afin de nourrir le besoin de reconnaissance portant sur la valeur du travail accompli, il est nécessaire d'apprécier « le travail invisible » des infirmières, les confortant ainsi dans leur légitimité. Nathalie Lochet, cadre infirmier, considère que le cadre de santé [15] « doit lui-même reconnaître le travail des soignants […] au travers de sa présence régulière au plus proche des activités quotidiennes » et reconnaître donc ainsi l'ensemble des aspects de l'activité de son équipe.

Chaque membre de l'équipe soignante est singulier. Le respect des différences individuelles est une source d'enrichissement pour l'équipe. Toutefois une des difficultés de l'encadrement est de gérer la dichotomie entre singularité et égalité : l'équité pouvant être ressentie par les soignants comme un signe de reconnaissance donc de motivation. Ainsi, dans une relation de libre-échange avec l'ensemble des personnels, permettant l'écoute des avis de chacun, les décisions se doivent d'être équitables, les choix argumentés et non imposés froidement. Bien traiter un soignant c'est le valoriser, l'écouter, le respecter, promouvoir son développement professionnel en terme d'autonomie et de formation.

Une des facettes du métier de manager serait donc d'entretenir l'implication, l'engagement du personnel. Le cadre, dans sa position de leader, influencerait le comportement des équipes ; il agirait aussi sur le désir ou non de rester en poste. La fierté, le sens porté par le manager de proximité sur le travail de ses collaborateurs participeraient à l'épanouissement de ces derniers.

Notre cheminement de recherche nous amène à explorer l'impact des points de vue du cadre de santé d'unité de soins sur le sens donné par les infirmières à leur travail.

Nous nous poserions cette question :

**la posture du cadre de santé dans sa considération du travail de ses collaborateurs peut-elle influencer l'adhésion des membres de son équipe ?**

---

[14] BOURRET, Paule. *Prendre soin du travail : un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan. 2011, p. 45.

[15] LOCHET, Nathalie. Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants *? Soins Cadres.* Mai 2012, n°82, pp. 43-46.

# 2 Une contextualisation avant une conceptualisation

Dans cette partie, nous allons énoncer les notions, les théories et les concepts mobilisés pour étayer notre recherche. Après un premier chapitre recadrant notre sujet, nous nous interrogerons sur le sens du travail, ce qui nous amènera à l'exploration des concepts de reconnaissance et de motivation.

## 2.1 D'abord des éléments de cadrage

### 2.1.1 Un contexte en perpétuelle mutation

L'objectif de maitrise des dépenses de santé a conduit à la multiplication de lois concernant l'hôpital. La période récente est marquée par une intensification de leur rythme : loi hospitalière de 1991, ordonnances « Juppé » de 1996, plan « Hôpital 2002-2007 » puis « Hôpital 2007-2012 », enfin loi « Bachelot » ou « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST, 2009).

Monsieur Georges Masclet souligne dans un de ses articles[16]que « le plan hôpital 2007 se situe dans la lignée des réformes hospitalières entreprises depuis les années 1990, qui visent notamment à mieux « maîtriser » les dépenses de santé. Il comporte nombre d'outils empruntés à la panoplie du « nouveau management public » (le NMP), comme la mise en place progressive d'une « tarification à l'activité » (T2A), le recourt à des partenariats public /privé, le regroupement de services hospitaliers en « pôles » financièrement responsables, voire « autonomes », ou encore la « modernisation » des statuts de la fonction publique hospitalière dans un sens rapprochant son fonctionnement de celui du secteur privé. A certains endroits et dans certains services ce plan se traduit notamment, via l'administration hospitalière, par une pression sur les effectifs ».

Cette multiplication de réformes articulées autour de deux priorités, modernisation et efficience, a entrainé une modification du paradigme des établissements de santé. Une nouvelle conception des hôpitaux a émergé en moins de dix ans, un temps d'adaptation peut-être un peu court pour le personnel des établissements de santé.

« Dans un contexte complexe et porteur d'incertitudes, il est difficile de mobiliser des

[16] MASCLET, Georges. Pour optimiser le soin, il faut donner du sens au travail [En ligne] *PTO Numéro Spécial : Hôpital, soins, management.* Pas de date, vol 16, n°4.pp. 391-412. [Page consultée le 13/01/2014], http://revue-pto.com/articles%20pdf/Decembre%202010/Vol%2016-4-6.pdf

professionnels qui ont vécu depuis de nombreuses années des évolutions fortes et sont interrogatifs sur l'évolution de l'hôpital publique et du système de santé ».[17]Les auteurs soulignent les difficultés légitimes ressenties par des professionnels qui voient leur organisation de travail évoluer et se transformer : « crainte, remise en cause des valeurs, déni, incompréhension, opposition, résignation » sont observés.

D'autant plus que l'évolution des pratiques professionnelles et celle de l'organisation n'ont pas suivi le même rythme. L'écart entre réglementation et pratiques professionnelles s'est creusé : l'introduction rapide de la qualité à l'hôpital ayant amené un ensemble de normes parfois difficilement compatibles avec les réalités de terrain.

La cadre de proximité, de par sa place au plus près de son équipe, semble le plus apte à saisir l'ensemble du travail réel de son personnel.

### 2.1.2 Une définition de posture

Nous avons utilisé le terme posture, ce terme possédant de nombreuses définitions, nous retiendrons seulement celles adaptées à notre sujet.

POSTURE[18], substantif. féminin.

B. Au figuratif. Littéraire.

1. Attitude morale de quelqu'un. Synonyme : comportement, (ligne de) conduite. Parmi les causes de cette nouvelle attitude des gens de lettres, une soif de sensations (...) qui (...) leur fait adopter une posture politique selon ce qu'elle leur peut procurer de sensation et d'émoi (BENDA, Trahis. clercs, 1927, p.214).

2. Situation morale, politique, sociale, économique de quelqu'un. Synonyme : condition, état, position. Les hommes qui sont tombés très bas dans l'erreur ou dans la scélératesse se trouvent, somme toute, s'ils ont quelque désir de relèvement, dans une posture meilleure que la mienne (DUHAMEL, Journal Salav., 1927, p.11).

Du latin *positūra*, la posture est la position ou l'attitude que quelqu'un adopte à un moment donné ou par rapport à un sujet donné.[19]

---

[17]COUDRIER, Christiane ; POTE, Gilles ; JASPARD, Hubert ; et *al.* Concilier performance et management par le sens et la confiance. *Gestions hospitalière.* 2012, n°521 pp. 610-611.

[18] Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL). Lexicographie [En ligne]. [Page consultée le 14/01/2014],
http://www.cnrtl.fr/definition/posture

Dans notre situation, il paraît important d'aborder plus précisément le concept de posture professionnelle.

## 2.2 Le concept de posture professionnelle

Geneviève Lameul, maitre de conférences à l'université de Rennes, évoque dans sa thèse en 2006 la notion de posture professionnelle en ces termes : « manifestation d'un état mental, façonné par nos croyances et orienté par nos intentions qui exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification ».[20]

Cette définition met en avant que chacun dans son domaine professionnel agit selon son vécu antérieur, ses expériences passées ainsi que par les objectifs qu'il poursuit. Les relations se construisent sur l'expérience et la connaissance ; chaque relation est ainsi orientée par la posture de la personne.

Comme le souligne Maela Paul, formatrice consultante auprès des professionnels de l'encadrement, « la posture définit la manière de s'acquitter de sa fonction (ou de tenir son poste). C'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique. La posture d'accompagnement suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne. Elle suppose une compétence à passer d'un registre à un autre. […]. Par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui ».[21]

Les valeurs éthiques s'expriment par conséquent dans la posture de chaque individu ; leurs actes et leurs interactions reflètent celle-ci. Dans le champ de l'exercice professionnel, la manière d'agir est la traduction de tous les éléments ayant participé à façonner un individu.

Ainsi, les représentations guident les comportements. Notre recherche nous amène donc à étudier les éléments construisant ces représentations.

---

[19]Le dico des définitions. [En ligne] [Consulté le 14/01/2014], http://lesdefinitions.fr/posture

[20] LAMEUL, Geneviève. Former des enseignants à distance ? Etude des effets de la médiatisation de la relation pédagogique sur la construction des postures professionnelles enseignantes [En ligne]. *Thèse pour l'obtention du doctorat de sciences de l'éducation*. Nanterre : Université Paris X., 2006. [Page consultée le 15/01/2014], http://www.txtnet.com/a-af/documents/biblio/Th%C3%A8ses/Lameul_these.htm.

PAUL, Maela. Cadre professionnel et choix d'une posture, in *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : l'Harmattan, 2004, pp.153-161.

### 2.2.1 La place du cadre

Schématiquement le cadre de santé est un technicien du soin qui devient un manager s'assurant de la qualité des soins.

Traditionnellement, chaque métier se caractérise par un savoir-faire reconnu, des règles et des valeurs qui définissent le travail et les efforts nécessaires pour y parvenir. Le cadre, de formation soignante, en dépit de son nouveau statut, demeure un constituant de l'équipe de soins, mais sa prise de recul et de distance par rapport aux pratiques professionnelles le place dans une situation de retrait. Son regard est différent car sa mission est autreet son statut de supérieur hiérarchique pourrait l'empêcher d'être à part entière dans l'équipe.

L'appartenance du cadre à l'équipe peut être interrogée : l'équipe le reconnait-elle comme l'un de ses membres ?

Selon l'hypothèse de Claude Rivière, le rite constitue une clef d'explication de nos comportements habituels[22] : « nos mœurs, usages et habitudes se cristallisent en séquences d'actions et de rôles, de valeurs et de communication, à retentissement affectif et forte charge symbolique. Elles ponctuent notre vie de l'enfance à la mort par des comportements répétitifs, partiellement standardisés, théâtralisant plus ou moins nos relations à l'autre et contribuant à l'entente comme au plaisir de la vie en société ». Au sein d'un collectif de travail, un jeu d'acteurs s'opère inconsciemment : chacun a un rôle bien déterminé par sa fonction et surtout par les attentes présupposées de ceux qui l'entourent.

Si nous nous référons à la théorie des besoins selon Maslow, le besoin d'appartenance est un facteur important de la vie sociale de chaque individu. Il correspond au fait que chacun a besoin de se sentir intégré à un groupe social et de se sentir exister à travers les relations qu'il peut avoir avec ses semblables.

Le passage par l'IFCS et l'obtention du diplôme confère au cadre de santé une légitimité acquise par sa formation. Toutefois son acceptation, sa reconnaissance par l'équipe de soins nécessite des mises à l'épreuve, informelles le plus souvent, testant ses capacités relationnelles et techniques mais aussi ses valeurs. Ces rites sociaux (de passage, de

---

[22] PIETTE, Albert. Rivière, Claude. Les rites profanes [En ligne], Archives *des sciences sociales des religions*. Paris : Éditions de l'EHESS. 1995, vol.92, p.132. [Consulté le 10/02/2014], http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/assr_0335-5985_1995_num_92_1_1010_t1_0132_0000_2

reconnaissance, d'appartenance) permettent de formaliser, à terme, la pertinence de sa place au sein de l'équipe soignante.

Sa présentation lors de sa prise de poste est un véritable rite de passage : chaque mot, chaque expression seront examinés attentivement et parfois interprétés. Cette première prise de contact est déterminante : la confiance ou la méfiance en découlent. Les rites ponctuent l'activité quotidienne du cadre de santé : la reconnaissance en se montrant réactif dans la résolution des problèmes ; l'appartenance au regard de sa participation aux transmissions du matin et/ou aux visites des médecins mais aussi par sa présence lors des moments conviviaux comme la pause-café du matin ou les repas de services.

En se montrant capable de faire fonctionner une unité de soins, il obtient la reconnaissance du personnel et le sentiment d'appartenance à l'équipe soignante.

La place du cadre, sa proximité, lui permettent de prendre soin de son équipe, d'être à l'écoute et de fédérer autour d'une dimension humaine l'ensemble des actions ; il partage la dimension émotionnelle du soin de par son vécu antérieur de soignant. Comme le souligne Walter Hesbeen, le cadre de santé n'est pas « réductible à un instrument de gestion, un objet modèle d'organisation. »[23]

Et si les soignants peuvent se sentir en difficulté et mal reconnus dans une organisation trop rigide, le cadre peut devenir le soutien quotidien de son équipe.

Au cœur de l'équipe, le lien d'appartenance influence les comportements de chacun.

### 2.2.2 Le lien d'appartenance et l'équipe

Dans son article sur le rôle du cadre dans la cohésion d'équipe, Sonia Bal cite Roger Mucchielli pour sa définition de l'équipe : « un petit groupe coopératif, motivé pour une tâche commune, solidaire, caractérisé par l'unité de cohésion et l'esprit d'équipe. »[24]L'équipe se mobilise pour atteindre des objectifs communs en travaillant ensemble, en unissant les efforts individuels.

Une équipe soignante, selon Mucchielli, est « un groupe de personnes pouvant avoir des qualifications différentes et qui collaborent ensemble pour réaliser un projet de soins

---

[23] HESBEEN, Walter. Le soin, essence du travail d'« humanitude » : une perspective d'action pour la clinique managériale du cadre infirmier [En ligne]. *DECLIC* (développement d'un espace de communication pour les infirmiers cadres). 2004, n°1. [Page consultée le 12/05/2014], http://www.olivier.callebaut.org/declic_0001.pd

[24] BAL, Sonia. Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé. *Soins cadres*. 2011, n°79, pp.43-47.

commun. »[25] Cette équipe pluridisciplinaire vise un objectif partagé : une prise en soins optimale des patients. Elle comprend l'ensemble des acteurs œuvrant pour le bien-être du patient : les médecins, les infirmières, le cadre, le personnel administratif, etc.

Au cœur d'une unité, en dépit d'une transversalité nécessaire, « les relations interpersonnelles entre les membres forgent le sentiment d'appartenance à un collectif […]. Ce sentiment d'appartenance se traduit par l'identification de valeurs personnelles aux valeurs collectives. »[26]

La cohésion d'une équipe nécessite que chacun de ses membres se reconnaisse dans les valeurs et dans les objectifs de celle-ci.

Nous allons, pour clore ce chapitre délimitant le cadre de notre recherche, reprendre des idées énoncées en amont.

Renaud Sainsaulieu considère que l'équipe est en quelque sorte le reflet de son manager et par extension des idées de son manager. Sumantra Ghoshal constate l'influence de la philosophie du manager sur l'ambiance de l'entreprise et la conduite de chacun au sein de celle-ci.

L'adhésion des membres d'une équipe et leur envie de travailler dépendraient donc de la vision qu'a le cadre de santé de la raison d'être du service, du sens qu'il donne à son activité et à la leur.

## 2.3 Donner du sens au travail ?

Actuellement, un des construits sociaux dominant dans la société occidentale consiste à définir un individu en premier lieu par son sexe puis son âge et enfin par son activité professionnelle. Le travail est donc un des éléments qui, aujourd'hui, permet de déterminer en partie la situation sociale d'un individu. D'ailleurs selon l'approche de Pierre Bourdieu, sociologue et philosophe contemporain, l'activité professionnelle est un structurant majeur du lien social.

La rétribution financière et le temps passé à travailler ne sont pas les déterminants principaux de la qualité du travail. « Au fond de nous, chacun aspire à un travail qui soit l'accomplissement de soi car travailler c'est aussi se réaliser. Nous cherchons dans le travail un vrai plaisir, une satisfaction, une reconnaissance sociale. Nous cherchons dans le travail

[25] *Ibid.*, p. 43.
[26] *Ibid.*, p.43.

une justification, du sens à donner à notre vie. Nous avons besoin de nous sentir utile pour les autres et de nous sentir exister à nos propres yeux. Il y a donc beaucoup d'hypocrisie à ne vouloir justifier le travail, que dans des motifs purement économiques. Les vraies raisons sont bien plus profondes. Chacun travaille pour l'estime de soi. »[27]

Le travail occupe ainsi une place centrale dans la vie des salariés et pour que le travail ait un sens, il doit procurer de la satisfaction à la personne qui l'effectue, correspondre à ses intérêts, faire appel à ses compétences, stimuler le développement de son potentiel et lui permettre d'atteindre ses objectifs. Nous ajouterons que « le sens du travail peut être conçu comme un effet de cohérence entre la personne et son travail et le degré d'harmonie ou d'équilibre qu'elle atteint dans sa relation avec le travail. Cette cohérence procure un sentiment de sécurité psychologique et de sérénité qui aide le travailleur à faire face aux épreuves que comporte inévitablement l'exercice même de ses fonctions. »[28]
Le sens du travail est donc une notion très subjective, attachée aux ressentis personnels éprouvés lors de l'expérience du travail.

Vincent Lenhardt, thérapeute et didacticien ainsi que coach et formateur en coaching, considère que, être le responsable, c'est être le « porteur de sens » et ainsi répondre à la question du « pourquoi » dans son rôle de leader. Pour lui, le sens permet une articulation des dynamiques individuelles et collectives à travers une vision partagée des objectifs, des valeurs et de la culture. [29]
Karl E. Weich[30]a une approche similaire en définissant les managers comme des « fabricants de sens. »
« Pour ce chercheur, le sens est une dynamique collective, faite d'interactions entre les individus à type d'actions organisées et d'informations .La création du sens est un processus, continu et sans fin, cyclique plutôt que linéaire, dans lequel diagnostic, interprétation et action

[27] MASCLET, Georges. *op.cit.*, p. 408.
[28] MORIN, Estelle. Qu'est-ce qui donne un sens au travail ?[En ligne].*Objectif prévention* .2008, vol 31, n°2, pp.10-12. [Page consultée le 04/03/2014], http://www.asstsas.qc.ca/Documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/OP/op312010.pdf
[29] LENHARDT, Vincent. *Les responsables porteurs de sens : Culture et pratique du coaching et du team-building.* Neuilly-sur-Seine : Insep Consulting, Pratiques en question, réédition 2002.
[30] WEICK, Karl. *Sensemaking in Organizations*. Californie: Sage Publications, 1995.

se succèdent sans interruption. »[31]Dans un contexte de changement organisationnel, comme observé à l'hôpital ces dernières années, le cadre de proximité a la charge de préserver le sens en diffusant les bonnes informations. Il est, en ce sens, le facilitateur du changement.

« Si le sens collectif n'est pas le sens partagé, la « glu » du système social doit être recherchée ailleurs. […]. Il s'agit d'encourager le partage d'expériences, soit « en réel » (participation), soit sous la forme d'histoires d'expériences (mettre en commun) : les gens ont alors « un cadre », un point d'ancrage commun, qui peut être invoqué au besoin pour construire collectivement du sens […]. Fondamentalement, le partage auquel appelle Weick s'entend ainsi non comme une division (partager un gâteau) ou une uniformité (partager un point de vue), mais comme une participation, une mise en commun (partager les joies, les peines), et une confrontation (être partagé entre des sentiments contradictoires). »[32]

En s'inspirant de cette idée, un groupe de chercheurs[33] dans leur « essai de modélisation de la reconnaissance au travail », explore des pistes « pour construire du sens à travers une de ses composantes qu'est notamment la reconnaissance ». « Son rôle sur le sens est au moins à deux niveaux. Le premier vient du fait même que l'individu se sente reconnu et qu'il éprouve ce sentiment. Cela sous-entend que son travail correspond à ses compétences, à ses besoins et à ses attentes. Le second est représenté par les témoignages ponctuels de reconnaissance qui lui sont donnés par son entourage professionnel. Ils agissent tel un marquage positif des actions menées par le salarié, lui donnant des repères pour son activité, tant sur le plan technique, que comportemental ou moral. »

Nous avons abordé précédemment la reconnaissance du cadre par l'équipe. Seulement par définition la reconnaissance est mutuelle : la reconnaissance du cadre par l'équipe va difficilement sans celle qu'il offre aux membres de son équipe. De même, la reconnaissance entre pairs ne peut être omise : partageant les réalités quotidiennes, le regard de ces derniers est empreint d'objectivité sur le travail journalier, d'autant plus qu'ils mesurent l'écart entre le travail réel et le travail prescrit.

La reconnaissance est un phénomène relationnel interactif, qui investit les représentations et les valeurs des acteurs jusqu'à la mutualisation ou l'opposition de celles-ci.

---

[31] FENDER, Rachel ; MANGEMATIN, Yahn ; HUSSON, Julien ; et *al*. Essai de modélisation de la reconnaissance au travail. *Soins Cadres*. 2011, n°80, pp.29-34.

[32]VIDAILLET, Bénédicte ; ALLARD-POESI, Florence ; KOENING, Gérard ; et *al*. . *Le sens de l'action : Karl E. Weick : socio psychologie des organisations*. Domont : Vuibert, 2012, p.114.

[33] FENDER, Rachel ; MANGEMATIN, Yahn ; HUSSON, Julien ; et *al. op.cit.,* p. 30.

La reconnaissance au travail nécessite en conséquence un regard d'autrui qui fait sens ; les signes envoyés abreuvent ou pas le besoin de reconnaissance propre à chacun.
Construire du sens à travers la reconnaissance apparaît comme un outil de management.

## 2.4 La reconnaissance

La thématique de demande de reconnaissance des salariés est devenue une composante essentielle de la vie au travail. Selon deux enquêtes menées en 2013[34], la reconnaissance est un déterminant fondamental du bien-être et de la qualité de vie au travail. Et 94% des actifs qui se sentent reconnus par leurs supérieurs hiérarchiques se déclarent « heureux » dans leur travail, contre seulement 57 % pour ceux qui ne se sentent pas reconnus.

Les travaux de recherche dirigés par Jean-Pierre Brun[35], professeur et ancien titulaire de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité à l'Université de Laval au Québec, sur la reconnaissance au travail permettent de la définir comme « une réaction constructive et authentique qui se base sur un jugement et une appréciation, et qui se traduit par une rétribution symbolique, affective, concrète ou financière ».
Au regard de ces différents travaux portant sur le concept de reconnaissance au travail, quatre conceptions se dégagent : la perspective éthique, la conception humaniste et existentielle, l'approche behavioriste et la psychodynamique du travail. Quatre pratiques de reconnaissance au travail en émanent : la reconnaissance existentielle, celle de la pratique de travail, celle de l'investissement dans le travail et celle des résultats.
Consciente de la complémentarité et de l'interdépendance de ces quatre formes de reconnaissance, nous décidons tout de même d'aborder ce concept sous une approche existentielle plus cohérente avec notre axe de recherche.
La conception humaniste et existentielle s'intéresse à l'être humain dans sa globalité, à son caractère unique et distinct. Elle lui accorde une confiance inconditionnelle. La reconnaissance est perçue comme une attention particulière concédée à la personne. Selon cette perspective, il importe de prendre le temps de « connaître les personnes de notre

[34] Anact. *Les salariés font de la reconnaissance un élément clé de la qualité de vie au travail* [En ligne]. Janvier 2014. [Page consultée le 01/02/2014], http://www.anact.fr/web/actualite/essentiel?p_thingIdToShow=36383636
[35] BRUN, Jean-Pierre ; DUGAS, Ninon ; TISON, Marc. *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens* [En ligne]. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, 2002. [Page consultée le 28/01/2014], http://www.cgsst.com/stock/fra/cahier-reco-pratique-riche-de-sens.pdf

entourage, témoigner ensuite de leur pleine existence et donner enfin un sens à leurs actions ».[36] La reconnaissance, telle que définie par cette conception, s'exprime au sein des relations interpersonnelles dans l'ordinaire du quotidien. Dans cette optique, la reconnaissance au travail peut provenir soit de l'employeur, soit d'un supérieur, soit d'un collègue. Il est à noter que les manifestations de reconnaissance sont très souvent informelles.

L'infirmier est un individu à part entière, porteur de son histoire de vie personnelle et professionnelle. Les attentions du cadre de santé à son égard le confortent dans sa singularité identitaire ; le ressenti de ces marques de reconnaissance donnent un sens à son travail.

Cependant, notre recherche ne peut se limiter à la reconnaissance du salarié par son supérieur hiérarchique. Le regard des pairs, qui vivent les mêmes expériences quotidiennes faites de satisfactions, d'imprévus et de difficultés, et ayant subi les mêmes rites sociaux, est capital.

En reprenant l'hypothèse de Claude Rivière citée plus haut, la cohésion du groupe-équipe découle de rites de reconnaissance porteurs de sens et de valeurs.

Norbert Alter, sociologue du travail et des organisations, affirme que c'est d'abord de leurs collègues que beaucoup de salariés attendent la reconnaissance de leur capacité à faire un « beau travail ». En effet, ceux qui font le même métier sont les mieux placés pour en connaître les difficultés, pour apprécier le savoir-faire et la créativité mis en œuvre. Ceux qui sont extérieurs au métier risquent de n'en percevoir que les aspects les plus visibles, mais parfois secondaires. De plus, la reconnaissance interne renforce la solidarité du groupe, l'entraide, le partage des « ficelles du métier ». Cela a pour effet de rehausser l'estime de celui qui aide ; de créer un système de don et de contre-don qui installe les liens entre collègues dans la durée et facilite la résolution des problèmes.[37]

« La reconnaissance au travail, c'est-à-dire la démonstration sans ambiguïté du fait que nos réalisations, nos pratiques de travail et notre personne sont appréciées à leur juste valeur. Il ne suffit pas que l'individu soit rémunéré, il doit être reconnu d'autres manières.

Pourquoi ce besoin se manifeste-t-il plus intensément ? La raison en est que, pour de nombreuses personnes, le travail devient le lieu central de la quête de l'identité, de la création de sens et de la réalisation personnelle. En conséquence, leurs attentes en matière de

---

[36] *Ibid.*, p.7.

[37] ALTER, Norbert. *Sociologie du monde du travail*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Quadrige Manuels, 2e édition, 2012.

reconnaissance ont tendance à être plus grandes dans cette aire de vie ». [38] En effet, l'entreprise est devenue une institution sociale majeure.

La construction de sens par la reconnaissance du travail des collaborateurs est essentielle mais qu'est-ce qui poussent les salariés à l'engagement, à mobiliser leur énergie ? Quels besoins cherchent-t-ils à satisfaire ?

Se poser la question de l'engagement nous interroge donc sur à la mobilisation et la motivation des collaborateurs.

## 2.5 Le concept de motivation

Etymologiquement, motivation vient de *movere* : « (se) bouger » et plus précisément « le processus qui fait naître l'effort pour atteindre un objectif et qui relance l'effort jusqu'à ce que l'objectif soit atteint. »

Pour Claude Levy Leboyer, Professeur émérite de psychologie du travail, la motivation est un processus qui implique l'intention et l'action, l'individu et la situation et qui se poursuit dans le temps. La motivation n'est donc pas un état stable, elle est sans cesse remise en question.[39]

Le phénomène motivationnel est complexe et sujet à de multiples théorisations.

« La motivation désigne les forces qui agissent sur une personne ou à l'intérieur d'elle pour la pousser à se conduire d'une manière spécifique, orientée vers un objectif. Les pulsions, enjeux ou mobiles auxquels obéissent les salariés dans leur travail affectent leur productivité. A bien des égards, la fonction de manager vise à stimuler les motivations individuelles en faveur des objectifs de l'organisation. Toute motivation est orientée vers un but, c'est à dire un résultat auquel l'individu veut parvenir. Néanmoins, les motifs sont difficilement observables (on ne peut que les supposer). Ils sont nombreux et plus ou moins conflictuels chez une même personne. La manière dont les salariés choisissent d'obéir à certains enjeux plutôt qu'à d'autres, et l'intensité avec laquelle ils y répondent, varient considérablement. »[40]

Maslow et Herzberg sont deux auteurs connus pour leurs apports en matière de théorisation des besoins ainsi que sur les contenus motivationnels**.**

---

[38] BRUN, Jean-Pierre ; DUGAS, Ninon ; TISON, Marc. *op.cit.*, p. 6.

[39] LEVY LEBOYER, Claude. *La motivation dans l'entreprise, modèles et stratégies*. Paris : Editions d'Organisation, 2000.

[40] LOUART, Pierre. Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel [En ligne]. *Les cahiers de la recherche CLAREE.* 2002, p.3. [Page consultée le 28/01/2014], http://alain.battandier.free.fr/IMG/pdf/CLAREE-Maslow_Herzberg.pdf

La reconnaissance selon Maslow fait partie des besoins humains fondamentaux.
Selon la théorie des besoins de Maslow, l'Homme cherche à satisfaire un certain nombre de besoins. Selon son approche pyramidale, on distingue :

1. Les besoins physiologiques qui sont reliés à des éléments vitaux : se nourrir, dormir…
2. Le besoin de sécurité rassurant l'individu sur son présent et son devenir : besoin d'hébergement, besoin de ressources, de protection. La fonction de la loi, par l'équité, joue cette fonction de réassurance.
3. Le besoin d'appartenance est un facteur important de la vie sociale de chaque personne. Il correspond au fait que chacun a besoin de se sentir intégré à un groupe social et se sentir exister à travers les relations qu'il peut avoir avec ses semblables.
4. Le besoin de reconnaissance correspond au fait que toute personne ressent le besoin d'être respecté et considéré par les gens qui l'entourent. afin d'éprouver l'estime de soi et d'autrui. Par la reconnaissance, la personne se distingue des autres, est connue comme particulière, comme individu particulier.
5. Le dernier besoin (le sommet de la pyramide) est celui de l'accomplissement. L'Homme a besoin de sentir que son existence a du sens, que sa contribution a une importance et de prendre du plaisir à réaliser. Il développe une fierté de son œuvre qui lui renvoie un surplus identitaire.

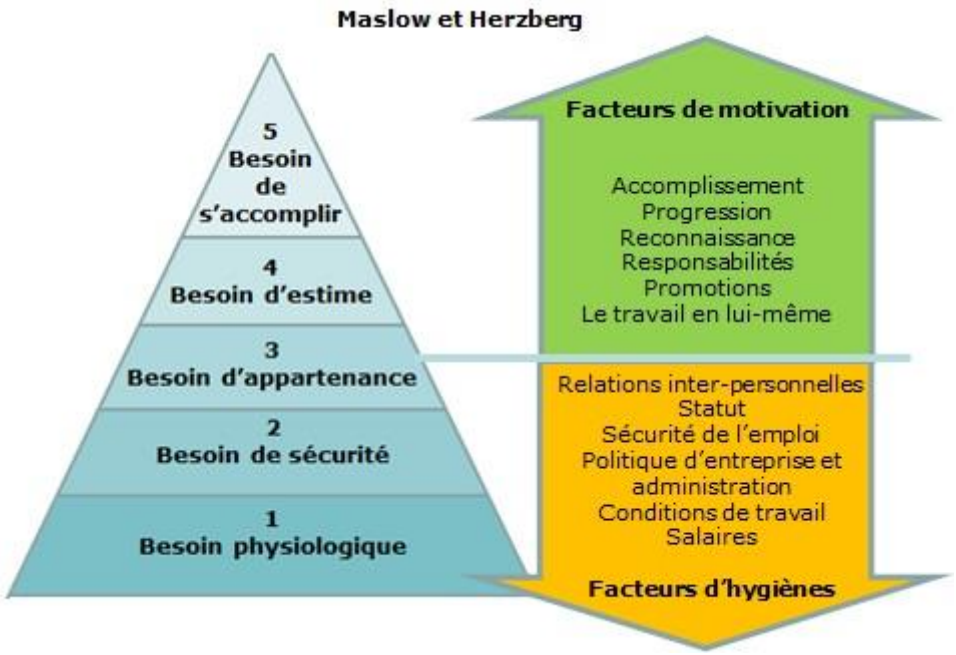
Maslow observe une certaine hiérarchisation entre les besoins. L'individu cherche dans un premier temps à combler ses besoins primaires (besoins physiologique et de sécurité), le besoin d'appartenance ne cherchera à être satisfait qu'après satisfaction de ces derniers. Ce mode de fonctionnement se répète jusqu'à la satisfaction du besoin d'accomplissement. L'apparition d'un besoin et la volonté de le satisfaire n'apparaît que si le précédent l'est déjà.
Manfred Max-Neef montrera plus tard que ces besoins sont ainsi hiérarchisés en dessous d'un certain seuil d'inacceptabilité. Au-delà de ces seuils, le désir fonctionne toujours mais pas sur le mode hiérarchique des besoins. Des « transactions » peuvent alors s'opérer entre les différents besoins devenus désirs.

Dans ses travaux, Frederick Herzberg, psychologue et professeur de management à l'Université de l'Utah, distingue deux sortes de besoins : ceux qui sont propres à tous les êtres vivants (les facteurs dits d'hygiène) et ceux qui sont particuliers à l'homme (facteurs internes).

Seuls ces derniers sont source de motivation. Cette motivation est à rapprocher du contenu des tâches, de la réussite, de la promotion, de l'indépendance et de l'autonomie. Pour satisfaire ces besoins, l'homme ne se lasse pas d'en faire le plus possible, non seulement pour atteindre mais aussi pour dépasser l'objectif qu'il s'est fixé. Certains facteurs conditionnent la motivation : il s'agit de l'avancement, des responsabilités, de la nature du travail, de la reconnaissance et de la réalisation de ses capacités.
Les besoins d'hygiène, eux, dès qu'ils sont pourvus réduisent l'insatisfaction et ne sont donc plus motivants. Par contre, la non satisfaction des besoins d'hygiène peut être source de mécontentement et donc de démotivation. Dans ces facteurs se retrouvent les conditions de travail, les relations d'équipe, la rémunération.

Ces deux théories, en dépit de leurs différences, peuvent se rapprocher dans leur classification : les facteurs d'hygiène avec les niveaux physiologique et de sécurité, et les facteurs moteurs avec les trois niveaux supérieurs de la pyramide.

Le schéma ci-dessous illustre clairement le parallèle entre ces deux théoriciens.




Source : http://alain.battandier.free.fr/spip.php?article7

Herzberg est l'inspirateur du management participatif : selon ses thèses, l'homme aspire à son propre développement, à l'extension de ses compétences individuelles. Il désire s'enrichir, s'exprimer, se réaliser dans son travail.
Herzberg préconise différentes méthodes afin d'enrichir le travail, qui sont autant de sources de motivation pour le salarié :

- l'autocontrôle
- la possible prise d'initiative
- l'augmentation du périmètre de travail
- un espace de liberté accru
- les rapports à l'employé sur son travail
- l'introduction de nouvelles tâches
- la possibilité offerte aux employés de devenir experts.

Ces approches cognitives de la motivation partent du principe que chacun d'entre nous réagit non pas à un environnement objectif, mais à celui qu'il perçoit. Notre interprétation de l'ensemble de la situation dans laquelle nous effectuons nos tâches, notre compréhension de l'environnement de travail nous entraîne dans ce processus actif propre à chacun qu'est la motivation.
Combler un besoin de reconnaissance est par conséquent un levier de motivation. Reconnaître le travail de l'autre, c'est montrer que son travail a de la valeur et éviter qu'il ne se démobilise, qu'il ne se démotive.

Les établissements hospitaliers fonctionnant dans un environnement contraint, les managers, face aux objectifs attendus, doivent concilier attentes institutionnelles et attentes des collaborateurs soignants afin de préserver la motivation propre à chaque membre de son équipe.

Ce constat constitue le cœur de notre recherche.

## 2.6 La question de recherche

**Comment le cadre de proximité, dans un environnement contraint parvient-il à entretenir le processus de motivation individuelle et l'adhésion de l'individu à l'équipe ?**

## 2.7 L’hypothèse :

**En manifestant des signes de reconnaissance, le cadre favorise l’engagement de ses collaborateurs.**

La poursuite de notre recherche nous encourage à conduire des entretiens avec des infirmières afin de nous permettre d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse. Nous allons aussi exploiter des séquences d’observation réalisées durant un de nos stages.

# 3 Méthodologie de l'enquête

Suite à notre cheminement de recherche, nous avons retenu une hypothèse.

Nous décrirons ainsi dans ce chapitre premièrement les différentes étapes nous ayant guidées vers cette dernière : l'exploration d'une situation d'appel et la recherche documentaire. Des observations et des entretiens semi-directifs nous ont permis d'explorer la véracité de l'hypothèse émise. Nous conclurons cette partie par une analyse critique des outils méthodologiques exploratoires employés.

## 3.1 La recherche documentaire

Dans la perspective de notre travail de recherche, nous avons rapidement cerné un domaine d'exploration. L'été précèdent notre entrée à l'institut, nous avons étudié un ouvrage traitant de la fidélisation des personnels au sein des établissements hospitaliers.

Bien que très intéressant, nous restions dubitative sur la pertinence, pour notre recherche, de l'ouvrage étudié notamment au regard des solutions que nous interprétions comme inadaptées au contexte français actuel.

Le champ de recherche était large et complexe. Sur les conseils de mon formateur référent pédagogique, nous décidions dans un premier temps de lire des articles aux approches variées sur la fonction d'encadrement à l'hôpital. Mais c'est véritablement le premier rendez-vous avec notre directeur de mémoire qui a donné une orientation concrète à nos pistes de recherche ainsi qu'à nos lectures.

Cette documentation nous a permis de donner du relief à notre constat de départ ; de nous distancier de l'affect et des prénotions, afin de mener une réflexion basée sur des données objectives.

Après la construction de notre cadre contextuel et conceptuel, notre engagement dans la recherche entrait dans une phase opérationnelle.

## 3.2 Des séquences d'observation désengagées

Durant notre stage de quatre semaines en janvier 2014, notre position de stagiaire nous a donné l'opportunité d'effectuer des séquences d'observation désengagées centrées sur les relations des cadres avec leurs équipes. En effet, un de nos objectifs au cours de ce stage consistait à observer et comprendre le fonctionnement d'une unité managée par deux cadres de santé. Ce positionnement neutre, puisque non engagé, nous a permis de cerner les réalités relationnelles sur ce terrain.

## 3.3 Des entretiens semi-directifs

L'utilisation de l'entretien semi-directif comme outil méthodologique principal s'est naturellement imposé pour répondre à la question de recherche posée et soumettre notre hypothèse à l'épreuve des faits. Ce type d'entretien, bien que cadré par les thèmes à aborder, permet à l'enquêté de s'exprimer librement. Toutefois l'entretien n'est pas une conversation ordinaire, ce moment d'échange a pour objectif de recueillir des informations : le discours produit doit traduire des faits (des données objectivables) mais surtout des opinions (des représentations). Ces entretiens devaient être préparés avec rigueur et méthode pour limiter les biais liés à ces situations.

Nous voulions confronter les données recueillies à nos présuppositions explicatives.

Dans cet esprit, nous avons préparé un guide d'entretien[41], le plus neutre possible, dans lequel figurent les thèmes qui doivent être impérativement abordés : le travail, le sens du travail et la reconnaissance. Les questions ouvertes furent privilégiées ; elles suscitent en effet plus de réactions et apportent ainsi plus de contenu.

D'autre part, notre contrat d'entretien, préambule à l'échange, fut élaboré de sorte à mettre l'interlocuteur dans une position incitant à la libre parole.

Un entretien est retranscrit dans son intégralité en annexe.[42]

## 3.4 Le choix des terrains d'enquête et de la population enquêtée

Le temps imparti ne permettait pas une multiplication des terrains d'enquêtes et des enquêtés. Après de nombreuses interrogations sur les lieux d'enquête, et frustrée par la contrainte de temps qui imposait à l'apprenti-chercheur que nous étions des choix rapides pertinents, nous décidions d'avoir deux terrains d'enquête pour que le discours recueilli ne soit pas empreint d'une politique institutionnelle.

Nous hésitions beaucoup à interroger à la fois des cadres et des infirmières. Finalement nous avons décidé de rencontrer seulement des infirmières pour tirer un maximum d'éléments de ces six entretiens (nous en avons réalisé sept au final).

A la fin de notre stage, les cadres nous ont proposé de mener des entretiens dans l'unité si nous le désirions. Après quelques jours de réflexion nous décidions de les contacter ainsi que le cadre de pôle pour fixer quatre dates d'entretien. Nous leur avons demandé de rencontrer

---

[41] Annexe I : Guide d'entretien

[42] Annexe II : Retranscription entretien avec Marie

des infirmières ayant au moins deux ans d'expérience afin qu'elles disposent d'un recul suffisant sur leur activité, et nous avons exprimé notre souhait de nous entretenir avec des infirmières avec et sans enfant.

Nous pensions que les quatre semaines de stage faciliteraient l'expression : notre sujet touchait l'intime mais nous n'étions pas une inconnue.

Les difficultés liées aux autorisations d'entretien nous ont obligée à utiliser notre cercle relationnel pour compléter notre nombre d'entretiens. Ces trois entretiens furent réalisés hors du lieu de travail de ces infirmières.

## 3.5 Le déroulement des entretiens

Nous n'avons pas eu à fournir préalablement notre grille d'entretien à la hiérarchie. Nous avons seulement présenté le thème à celle-ci en évoquant le sens du travail, la reconnaissance et la motivation. Les rendez-vous dans l'établissement de santé furent fixés une semaine avant leur déroulement et à des horaires convenant aux enquêtés. Nous en avons profité pour nous assurer que nous disposerions d'une salle au calme.

Ces quatre entretiens se sont bien déroulés et nous n'avons été interrompue qu'une seule fois par un ouvrier qui est resté une ou deux minutes. Ces entretiens durent en moyenne trente minutes. L'un d'entre eux est retranscrit entièrement en annexe.

Pour les trois autres entretiens, nous avons laissé le choix du lieu et de l'heure aux personnes pour qu'elles se sentent pleinement disponibles. Chacun dure environ vingt-cinq minutes.

En préambule à l'entretien, nous nous présentions en tant qu'étudiante cadre de santé effectuant une recherche sur le travail de cadre de santé pour mieux en connaître les différents aspects. Nous leur avons assuré la confidentialité et l'anonymat de leurs propos. Nous avons insisté sur l'importance de recueillir leur point de vue et que, de fait, il n'y avait ni bonnes, ni mauvaises réponses.

L'autorisation d'enregistrement de nos propos fut toujours acceptée.

## 3.6 Les limites de notre méthodologie

Ce premier travail de recherche n'a pas la prétention de pouvoir être comparé avec celui d'un sociologue. Nous avons conscience des limites de notre enquête tant par le temps restreint imparti que par la faiblesse de l'échantillon interrogé, non représentatif de l'ensemble de la profession.

Les observations furent réalisées à un stade où notre réflexion n'était pas encore très aboutie.

Nous ne maitrisions pas l'ensemble des éléments à observer. Toutefois, l'examen de l'ambiance de travail dans cette unité dynamique a participé à l'éclaircissement de nos pensées.

Malgré notre positionnement d'étudiante cadre de santé, notre connaissance du terrain a rendu moins facile l'étonnement. La richesse des échanges fut entravée par ce biais et il nous fut parfois difficile de maintenir une position neutre ; nous fûmes parfois interpellée par ces professionnels connaissant notre passé de terrain.

## 3.7 Le talon sociologique des personnes interviewées

Pour préserver la confidentialité, les prénoms ont été changés.

| Prénom | Ancienneté | Age | Services précédents et actuels | Situation familiale | Type d'établissement | Temps de travail |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Adèle | 20 ans | 44 ans | -Chirurgie cardiovasculaire /Médecine cardiologique/Réanimation chirurgicale/ Salle de surveillance post-interventionnelle<br>-Actuellement en consultation orthopédique | Mariée<br>2 enfants | Privé à but non lucratif | 100% |
| Céline | 7 ans | 29 ans | -Hôpital de jour pendant 3 ans<br>-SSPI depuis 2009 | Mariée<br>2 enfants | Privé à but non lucratif | 80% |
| Benoit | 3 ans | 26 ans | Premier poste dans cette unité chirurgicale de pointe | Célibataire sans enfants | Public | 100% |
| Patricia | 6 ans | 29 ans | -9 mois en dialyse en Bretagne<br>-Poste actuel depuis novembre 2008 | Célibataire sans enfants | Public | 100% |
| Marie | 6 ans | 31 ans | Premier poste dans cette unité chirurgicale de pointe | Mariée<br>Un enfant | Public | 100% |
| Emma | 3 ans | 25 ans | Premier poste dans cette unité chirurgicale de pointe | célibataire | Public | 100% |
| Jeanne | 8 ans | 33 ans | -2 ans en réanimation polyvalente à Paris<br>-2 ans en réanimation néonatologique à Mayotte<br>-8 mois en endoscopie<br>-5 ans en SSPI<br>-actuellement en congés maternité | Mariée<br>3 enfants | Privé à but non lucratif | Congés maternité 80 % avant celui-ci |

**Tableau I** : talon sociologique des interviewés

# 4 Analyse des entretiens

« Après avoir fait parler l'interviewé, l'enquêteur fait parler le texte par l'analyse des discours.»[43]Cette analyse est qualifiée de sémantique, elle porte sur le sens du contenu du discours produit par les acteurs interrogés.

Nous avons effectué cette analyse de façon thématique en croisant les entretiens. Nous avons retenu trois grands thèmes : le rôle du cadre, le sens du travail et la motivation.

## 4.1 Le cadre de santé

Notre hypothèse repose sur la posture du cadre de santé face aux membres de son équipe. Ce thème est transversal dans nos entretiens, nous souhaitions recueillir les ressentis personnels des soignants quant à la fonction de cadre. C'est leur représentation que nous désirions interroger au cours de nos entrevues. Les séquences d'observation réalisées durant notre stage nous ont permis de visualiser les réactions des infirmières face au comportement du cadre. Elles ont permis de compléter notre propos.

Nous ajouterons que tous les cadres de ces soignants, à part le cadre de consultation, étaient issus de la profession infirmière. Le cadre de consultation est responsable applications et maintenance ; sa formation est éloignée du milieu paramédical.

Selon Denise Jodelet, « la représentation est un ensemble organisé d'opinions, d'attitudes, de croyances et d'informations se référant à un objet ou à une situation. Elle est déterminée à la fois par le sujet lui-même (son histoire, son vécu), par le système social et idéologique dans lequel il est inséré et par la nature des liens que le sujet entretient avec ce système social. Les représentations sociales sont une manière d'appréhender et de penser la réalité quotidienne. Elles ont pour but de donner du sens aux choses. »[44]

Au cours des entretiens nous avons pu percevoir le regard que portent les infirmières sur la fonction d'encadrement ; leur vision personnelle concernant la place et le rôle du cadre d'unités de soins.

Nous commencerons par détailler les attendus des soignants.

---

[43] BLANCHET, Alain ; GOTMAN, Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, coll. 128, 2013, 2e édition, p. 90.

[44] JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France, Sociologie d'aujourd'hui, 1989, p188.

### 4.1.1 La place du cadre

- La proximité

Durant notre stage, nous avons pu observer que le cadre passait tous les matins pour se renseigner sur d'éventuels soucis ou tout simplement pour saluer son équipe, ce qui était très apprécié. Le cadre offrait la possibilité aux membres de son équipe de s'exprimer à un moment propice car calme : le matin après les transmissions, avant que les équipes commencent leur premier tour des patients.

Plus globalement, il ressort du discours de tous les interviewés que l'accessibilité du cadre est primordiale ; sa présence au plus près de son équipe. D'ailleurs les infirmières ayant connu différentes unités donc différents cadres le disent clairement : l'importance du cadre, sa légitimité aux yeux de son équipe requiert *« que le cadre fasse partie de la vie de service »*. Adèle s'est d'ailleurs exprimée en ces termes : *« en tout cas le cadre est très peu important pour moi ; à part en SSPI où j'ai rencontré un cadre qui était existant et là il avait son importance. Il était existant en tant que cadre donc présent. Et en même temps très existant humainement et présent sur le terrain. »*.

La crédibilité du cadre repose sur son positionnement au plus près des équipes.

Jeanne et Adèle possédaient, compte-tenu de leur vécu professionnel, du recul sur leurs attendus vis-à-vis du cadre de santé. Pour elles, un cadre insuffisamment présent sur le terrain ne sert à rien. *« J'ai toujours eu des cadres auparavant qui se barraient à 4 heures, même en plein massage cardiaque, en disant « au revoir et à demain ». Donc pour moi c'était vraiment quantité négligeable… j'exagère à peine […] En même temps, j'avais jamais eu d'interlocuteur pareil…voilà le seul cadre que j'ai eu c'est elle »*, souligne Adèle en évoquant ses différents cadres.

La possibilité de discuter et d'échanger avec son cadre de proximité permet de le considérer comme un élément majeur du fonctionnement de l'équipe soignante, sans pour autant l'intégrer dans celle-ci.

- L'appartenance à l'équipe

La reconnaissance des cadres comme un membre de l'équipe n'est pas unanime.

La majorité des infirmières les considère comme adhérant à l'équipe soignante même si *« forcément on n'a pas les mêmes relations avec le cadre qu'avec nos collègues mais ce n'est*

*pas pour autant que ce n'est pas un membre de l'équipe. D'autant plus que ce système de hiérarchie fait que sa place est à part.* » C'est un membre de l'équipe même si, comme le souligne Patricia, les relations avec lui sont différentes de celles entretenues avec les autres soignants.

Deux infirmières (une sur chacun des deux sites) considèrent que le cadre ne fait plus partie de l'équipe soignante car il s'est éloigné des soins. *« Je ne considère pas que ce soient des membres de l'équipe soignante puisqu'ils ne sont plus dans les soins, »* affirme Marie.

Pourtant cette prise de distance avec les soins n'implique pas que le cadre ne prenne plus soin du patient mais il le fait autrement, par des soins indirects. Elle rajoute tout de suite *« mais quand même ils s'occupent des patients… dans la gestion administrative »*. Son utilité quotidienne auprès du patient lui confère sa place au sein de l'équipe.

Au travers des différentes attributions du cadre, nous affinons la conception des soignants sur les encadrants et les éléments participant à son inclusion dans l'équipe soignante.

### 4.1.2 Les différents rôles du cadre pour les soignants

Son appartenance à l'équipe dite soignante se justifie par ses apports pour le patient mais aussi pour l'équipe soignante.

- <u>Un rôle fonctionnel et organisationnel : la gestion administrative</u>

Autant les soignants sont en prise directe avec le patient, le cadre lui, en coulisse, assure la logistique permettant une prise en charge optimale de ce dernier. Emma note que *« c'est eux qui s'occupent des transferts, de l'organisation du service »*. Cette aide administrative libère du temps de soins et soulage la charge de travail.

Le cadre dans sa fonction de gestionnaire d'unité participe à son bon fonctionnement, il est responsable de la continuité des soins. Quotidiennement donc, il s'assure de la bonne répartition des ressources et des moyens afin d'assurer une qualité optimale de services. Pour Patricia, « *cela me parait indispensable d'avoir quelqu'un qui chapeaute un petit peu. Et qui gère le côté administratif : planning, vacances, machins… ».*

Les infirmières ne participant pas à toutes les réunions concernant les patients, le cadre est le relai des informations reçues intervenant dans la prise en soins. Dans le service de chirurgie, le cadre participe activement à la continuité des soins. *« C'est eux qui participent au staff*

*pour ensuite venir nous dire s'il y a des changements au niveau de la prise en charge de tel ou tel patient. »*. Ce que nous avons vérifié au cours de notre stage.
En SSPI ou en consultation, ce rôle n'est pas mis en avant bien qu'existant : en effet les particularités liées au patient sont transmises au cadre.

- Le garant de la cohésion de l'équipe et du maintien de la cohérence

L'équité indispensable entre les membres de l'équipe transparait dans le discours des soignants quels que soient leur ancienneté et leur établissement. Le cadre « *donne de la cohésion à l'équipe en imposant entre autre des règles équitables. »*

Les affinités personnelles sont un frein au maintien de l'esprit d'équipe. Selon Patricia, *«le cadre ne doit faire aucune différence entre les membres de son équipe et donc ne pas prendre parti en cas de conflit entre deux membres. Il pourrait y avoir des jalousies ou d'autres choses comme ça. »*. Ce point de vue est partagé par Jeanne, Céline, Emma et Benoit.

- Le contrôle

L'autorité légitime du cadre lui confère une fonction de contrôle permettant de garantir la qualité des soins et la sécurité du patient mais aussi de « *serrer les rênes. »*
Que les infirmières soient expérimentées ou non, elles considèrent que le cadre a le devoir de maîtriser son équipe. *« Et puis ils viennent nous recadrer si l'équipe part un petit peu en …si ça ne marche plus trop droit et qu'il y a des problèmes de rencontrés. Ils sont aussi là pour ça, »* estime Patricia.

Mais au-delà de l'organisationnel, de la gestion, d'autres attendus sont mis en avant.

- Le soutien quotidien

Mintzberg définit dix rôles dévolus au cadre : rôle de symbole, d'agent de liaison, de leader, d'observateur actif, de diffuseur, de porte-parole, d'entrepreneur, de régulateur, de répartiteur de ressources, de négociateur[45]. Dans nos entretiens deux rôles sont mis en avant par les infirmières, celui de symbole et celui de porte-parole, intimement liés dans le discours des infirmières.
Le cadre est relié au symbole qu'incarne le « chef ». De par sa fonction, il est le représentant de son équipe auprès de l'ensemble des intervenants extérieurs et il représente le pouvoir

[45] MINTZBERG, Henri. Devenir du travail du cadre, in *le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*, MINTZBERG, Henri. Paris : Editions d'Organisation, 1993, p.179-187.

hiérarchique auprès de son équipe. Nous avons abordé ce statut hiérarchique précédemment. Par contre, les soignants attendent aussi de leur cadre qu'il endosse la responsabilité de les représenter, de les défendre, et de les soutenir. Sa présence sur le terrain permet une juste évaluation des situations réelles de travail. Jeanne possède une opinion très tranchée *: « Le rôle du cadre est nécessairement corporatiste c'est-à-dire qu'il arrive qu'il y ait un fossé entre les médecins avec lesquels on travaille et les infirmières. En général plus avec certaines personnalités qu'un corps entier. Là le cadre prend toute son importance : quand on parle à des gens qui vous traitent comme une femme de ménage améliorée (désolée pour elles). C'est le rôle du cadre de mettre les pieds dans le plat, de remettre les gens à leur place, c'est des choses compliquée à faire individuellement par les équipes. Ce n'est pas nécessairement facile pour le cadre mais il a plus la position pour pouvoir le faire. Cela rentre dans la « défense » de ses équipes. »*

De manière plus pondérée, les autres soulignent cet aspect représentatif porté par le cadre.
Dans son rôle de porte-parole, le cadre est aussi en charge de la communication aussi bien vers l'extérieur en tant qu'interprète de ses équipes, mais aussi vers l'intérieur en donnant les informations communiquées par la hiérarchie.
Les diverses expériences vécues forgent la vision personnelle de la fonction d'encadrement. En dépit des divergences de point de vue, les infirmières se retrouvent sur la nécessaire proximité du cadre et sa connaissance du terrain : du travail réel, des contraintes et de l'organisation.

Dans leur représentation, servir la mission commune est plus important que diriger et contrôler.

## 4.2 Le sens du travail

Interroger le sens du travail justifie d'employer des questions détournées car spontanément, lorsque l'on évoque le sens du travail, les interviewés restent quelque peu perplexes. Nous avons décidé pour cerner ce sens de les interroger sur la place de ce métier d'infirmière dans leur vie. En les incitant à développer leur implication et leur investissement nous avons déterminé des éléments porteurs de sens.
Nous abordons le thème de la reconnaissance dans la suite de l'entretien.

### 4.2.1 Le travail dans tous ses aspects

- La place du travail dans leur existence

L'ensemble des soignants ne s'arrêteraient pas de travailler s'ils en avaient la possibilité. Le travail occupe une place importante dans leur vie. La plupart ont évoqué sa fonction sociale. *« Enfin si je m'arrêtais de travailler je… j'aurais l'impression d'être coupée du monde pour le coup, même si ce n'est pas forcément vrai parce qu'on peut sortir de chez soi mais cela apporte quand même cet enrichissement-là. »*

Nous distinguons ainsi deux profils : ceux qui ont des enfants et ceux qui n'en ont pas. L'arrivée d'un ou plusieurs enfants perturbe l'équilibre vie privée/vie professionnelle et les priorités évoluent.

Marie explique : *« ça a une place importante d'autant plus que j'aime ce que je fais donc je le priorise parce que je l'aime. Mais là j'ai une petite fille d'un an et demi ; les données sont un peu changées maintenant. Mais pour l'instant cela a une très grande place quand même. […]. Je suis en train de me demander s'il ne faut pas passer le travail en deuxième position ! »*

Les trois autres infirmières qui avaient au moins deux enfants expriment clairement leur envie, leur *« besoin d'un juste équilibre privé/professionnel, du coup l'envie parfois de travailler moins. »*

Emma et Benoit ont évoqué un peu gênés que la rétribution financière liée au travail avaient de l'importance pour eux : *« et puis bien sûr il y a le côté financier… faut pas se leurrer »*

Très rapidement, j'ai abordé dans ce thème du travail, leurs ressentis concernant leur métier d'infirmière en les sollicitant plus particulièrement sur les aspects plaisants et déplaisants de leur activité.

- Le métier d'infirmière, leurs ressentis personnels

✓ Les aspects plaisants dans le contenu du travail

Les réponses sont variables selon la spécialité où ils officient. Nous rappelons que nous avons trois terrains : un service de chirurgie, une SSPI et un service de consultation.

En chirurgie la technique, la rotation fréquente des patients, l'intensité de l'activité et le relationnel sont invoqués, *« il y a la technique qui me plait beaucoup ici et le fait que ce soit un service aigu… c'est le fait de devoir faire plusieurs choses comme tout à l'heure. »*

En SSPI, le résultat immédiat des soins prodigués, la technicité et le contact avec les patients sont mis en avant.
L'infirmière de consultation elle, trouve que les aspects plaisants et déplaisants sont les mêmes : *« les rapports avec les patients. »*

- ✓ Les aspects déplaisants dans le contenu du travail

« *Les patients dits chroniques qu'on n'arrive pas à remettre dans une institution qui leur serait peut-être plus adaptée et pour lesquels il y a plus ou peu d'évolution donc c'est un petit peu… parfois difficile au long terme.* » explique Patricia. Les soignants de chirurgie soulignent leurs difficultés face aux patients dits « chroniques », ces patients qui faute de place dans une structure adaptée restent hospitalisés, rendant la prise en soins problématique avec parfois des conduites d'évitement de la part des soignants mais aussi des médecins. Marie fait ce constat en évoquant la visite du matin lors du passage devant la chambre d'une patiente présente depuis plusieurs mois : *« c'est ça, nous on fait des soins auprès d'elle et puis on sait pas pourquoi enfin… personne. Moi ce matin j'ai insisté pour qu'on s'arrête un peu et dire « mais on fait quoi, elle vomit toujours autant ; elle est encombrée et dès qu'on l'aspire elle vomit »*. Médicalement aucune action n'est entreprise, ce qui provoque un sentiment de malaise pour des soignants se sentant désemparés et inefficaces.

En SSPI, la sécurité des soins demande préalablement une vérification quotidienne du matériel, ce qui n'est pas le plus intéressant. Jeanne évoque *« un certain nombre de choses pas intéressantes : vérification des postes et des respirateurs. Ce n'est pas très « glamour » mais si ce n'est pas fait nous avons assez rapidement des problèmes. »*

Les aléas organisationnels et le rapport aux autres intervenants sont aussi mis en avant.

La transversalité au sein de l'hôpital rend nécessaire la collaboration interservices mais les impératifs des uns ne s'accordent pas toujours avec ceux des autres. Par conséquent quotidiennement, leur organisation est sans cesse réajustée pour s'adapter aux imprévus organisationnels et maintenir des soins de qualité. Pour Patricia, *« le plus déplaisant c'est l'organisationnel ; les trucs qui roulent pas toujours, surtout avec les autres services… par exemple avec la radiologie. »* Emma souligne dans sa collaboration avec les médecins : *« là ce serait plus parfois au niveau de l'organisation ou courir après les médecins parce que la prescription a été modifiée mais elle a été mal modifiée. Ou tout ce qui est administratif*

*quand les patients, enfin les coups de téléphone où les gens appellent pour euh…On nous les transfère dans le service de neurochirurgie alors que c'est souvent les secrétariats qu'ils veulent joindre. C'est toutes ces petites pertes de temps qui sont parfois énervantes. »*

### 4.2.2 Les éléments donnant du sens

Le sens dans l'expérience du travail est une notion très subjective, très attachée au vécu personnel antérieur de chacun. Les attentes diffèrent et l'expression des ressentis est variable d'un individu à l'autre.

- Les valeurs portées par le métier

La profession d'infirmière est empreinte de valeurs humanistes que revendiquent les personnes rencontrées car cela leur correspond et c'est ce qu'elles recherchent.
Adèle a « *l'impression de prendre soin des autres, de rendre service aux autres. De réparer un peu chez les autres, effectivement c'est essentiel pour moi. »*
Personnellement être infirmière renvoie une bonne image de soi. Pour Marie, *« c'est un peu une identité ; enfin d'être infirmière et même infirmière dans cette spécialité chirurgicale. »*

En embrassant la carrière d'infirmière, les individus ont certaines attentes, certains idéaux qui se heurtent aux réalités quotidiennes.

- Les apports personnels et les satisfactions

D'une façon générale, la satisfaction au travail concerne la façon dont les individus ressentent leur travail et ses différentes composantes.

- ✓ Le sentiment d'accomplissement d'un bon travail

Pour certains, l'essentiel est leur perception du travail « bien fait », de se mobiliser pour produire des tâches jugées de qualité. Emma ressent de la satisfaction *« quand je laisse et que je sais que je pars avec un terrain qui est nickel ou que j'ai fait le maximum pour que ma collègue qui prend ma relève puisse commencer son tour tranquillement sans courir à gauche et à droite. »*
Céline et Jeanne évoquent *« le sentiment d'avoir bien fait son travail »*, leur permettant *« d'être en accord avec elle-même »*.

- ✓ Le sentiment d'utilité

Se sentir utile, voilà l'élément donnant tout la finalité à leur métier de soignants. Pour eux, le cœur de leur métier est l'accompagnement des patients au cours de leur passage dans un établissement hospitalier, en rendant ce dernier le plus agréable possible.

En SSPI, Jeanne considère que *« c'est un travail où l'on sait immédiatement si on est utile ou pas : pouvoir « toucher du doigt l'utilité de ce que l'on fait »*. Elle ajoute, *« j'ai besoin que mon utilité soit tangible, reconnue. »*

Dans le service de chirurgie, cet accompagnement se déroule sur une période plus étendue, mais aboutit généralement au départ du patient de l'unité. Marie éprouve *« le sentiment d'être utile en accompagnant les patients, en les aidant durant leur hospitalisation. Oui c'est ça. Et personnellement c'est… gratifiant. »*

Patricia résume bien cette facette du rôle soignant *: « je pense que ce qui donne du sens au travail c'est le retour, déjà le retour direct du patient. A partir du moment où l'on voit que l'on a répondu aux besoins du patient, à ses attentes, parfois en partie mais en tout cas on a essayé d'y répondre. Et que lui il nous le fait savoir par n'importe quel moyen : ben déjà on se dit que l'on est utile et que notre travail a un sens. »*

Mais l'utilité peut être interrogée quand le statut du patient change. Ce qui est le cas en consultation où la vulnérabilité du patient est moindre, mais persiste *« le service rendu ; l'impression de faire quelque chose pour quelqu'un. Le soin dans toute sa dimension même si c'est juste un accueil, une façon d'être ; le soin à l'autre »*, selon Adèle.

- <u>Le travail d'équipe et le sens</u>

Etre une équipe c'est poursuivre les mêmes objectifs en travaillant dans le même sens et partager des valeurs similaires. Deux infirmières, Jeanne et Patricia, issues de deux établissements différents, évoquent dans une métaphore artistique que *« dans cette unité chacun œuvre à son niveau pour le bien-être du patient. »* Elles évoquent ainsi la beauté du travail d'équipe auquel elles aspirent.

- ✓ L'ambiance et l'entente

Les affinités personnelles ne sont pas nécessaires au sein d'une équipe, ce qui est nécessaire c'est de s'entendre autour d'objectifs communs et d'unir ses efforts pour le bien-être du

patient. Patricia constate : *« on ne peut pas dire que l'on soit tous très proches mais j'estime qu'il y a une certaine cohésion et confiance dans le travail de l'autre qui fait que nous sommes une équipe assez soudée dans l'ensemble. »*

Les griefs personnels sont écartés pour remplir la mission soignante. Comme le souligne Benoit, les distensions ne doivent pas nuire au patient, ne pas faire perdre l'essence du soin. *« Après je vous avoue on n'est pas une équipe parfaite. Il y a des personnes qui s'entendent mieux qu'avec d'autres mais l'avantage, même si on n'apprécie pas trop le collègue, on va lui demander quand même car comme je vous le disais tout à l'heure on soigne des gens, on ne répare pas des téléphones portables alors, même si on l'aime pas on va lui proposer notre aide car sinon c'est au détriment de la personne. »*

- ✓ L'entraide et l'appui

Les membres d'une équipe constituent un appui, une source d'aide en cas de nécessité. En évoquant la fréquence accrue des gestions de fin de vie et le manque de formation des soignants concernant cet accompagnement spécifique, Benoit insiste sur le soutien apporté par les membres de l'équipe. *« Psychologiquement c'est compliqué mais l'équipe est assez soudée donc on parle facilement entre nous et jusqu'à présent je ne pense pas qu'il y en ait un de nous en difficulté : si cela ne va pas, on descend prendre l'air, on en parle et on garde rien pour nous. La force de cette situation c'est l'entente entre nous. »*

### 4.2.3 Les éléments diminuant le sens

En parallèle de tous ces éléments vecteurs de sens, nous en discernons le réduisant. Encore une fois ces ressentis sont très personnels et dépendent aussi du lieu d'exercice.

- <u>Dans le contenu du travail</u>

Quotidiennement, l'ensemble des infirmières rencontrées effectuent des actes sur prescription médicale. Certains apparaissent comme inutiles aux yeux des soignants. Marie relate : *« souvent on nous prescrit des bilans sanguins, et personne ne les regarde. On se dit « mais pourquoi », pourquoi on nous charge comme ça à faire des bilans alors que personne ne regarde les résultats et en plus c'est quand même douloureux ! Voilà un petit truc comme ça, ça a peu de sens. »*

Comprendre la finalité de ses tâches quotidiennes est une nécessité.

- <u>Les ressentis individuels</u>

✓ La perte d'utilité

Dans le précédent chapitre, nous avons cerné combien il était important pour ces infirmières de se sentir utiles. Dans certaines situations et/ou à certains moments un sentiment d'inutilité peut naître.

Adèle qui officie en consultation depuis un an s'interroge sur sa posture de soignante : elle ressent une perte de son identité soignante procurée par le changement de regard des patients sur elle mais surtout de son regard sur elle-même. *« C'est vrai que parfois en consultation on se demande à quoi on sert. On sert parfois un peu à tout… c'est parfois un statut un peu « bâtard. ». C'est pas toujours satisfaisant, parce que t'es la secrétaire ; t'as les ambulanciers… Tu es toujours pris entre plusieurs trucs et c'est vrai que c'est difficile de trouver sa place : tu ne sais pas trop si tu es un portier, la préparatrice des boxes, la femme de ménage, la secrétaire… voilà un coup l'infirmière… un coup l'agent d'accueil, un coup le machin. C'est vrai que ce n'est pas forcément facile d'avoir toutes les casquettes et en même temps effectivement cela ressemble très très peu au boulot que tu peux avoir dans un service de soins à proprement parler. C'est surtout le regard des autres qui change finalement, parce que toi tu ne changes pas dans ta façon d'être, encore que… A priori tu ne changes pas vraiment mais tu changes de fait parce que le regard des autres est différent. Les gens savent qu'ils passent : d'abord ils n'ont pas du tout le même abord à toi et puis encore une fois ils sont debout ils sont d'égal à égal. Ils sont beaucoup moins vulnérables et d'emblée le rapport n'est pas le même. »*

Dans le service de chirurgie, la perte d'utilité prédomine au cours de la prise en charge des patients chroniques. Dans cette unité la durée moyenne de séjour est inférieure à une semaine, les soignants apprécient cette brièveté synonyme d'un rétablissement rapide des patients. La confrontation à la chronicité engendre une perte de repères et les soignants ne perçoivent plus réellement la visée de leurs tâches, sentiment renforcé par l'absence de réunions avec les médecins. Marie éprouve de réelles difficultés, *« (…) pour cette patiente on essaie de rentrer toujours à deux parce que tout le monde en a marre et que au niveau médical personne ne fait rien, personne n'apporte de réponse et en attendant c'est nous qui sommes là à l'entourer et… On a l'impression que l'on fait des choses comme ça mais que l'on ne voit pas plus loin quoi. […] On a aucune réunion par rapport à des patients comme ça et je pense que ce serait utile de se rassembler, pas que les médecins le matin parce que nous aussi on a besoin de dire*

*des choses et aux visites… Même le Professeur passe comme ça …enfin. ».* Charles éprouve un sentiment similaire : *« cela stagne et on n'arrive pas à voir d'évolution car on n'est pas dans un service de rééducation c'est tout. C'est agaçant de ne pas voir d'évolution : on a l'impression que l'on travaille mais pas dans le bon sens. »*

- ✓ Insatisfaction personnelle

Une des infirmières de chirurgie, Marie, ne se sent plus en accord avec elle-même : elle a pris conscience que les contraintes liées à son poste sont parfois difficiles à supporter. *« Parfois je ne suis pas satisfaite parce que je suis moins patiente aussi ; je le sens que je suis moins patiente. Je me dis que parfois il suffirait que je prenne un peu plus sur moi et ce serait bon. Mais là je commence à saturer et cela m'embête un peu. »*

Adèle peine à trouver des nouveaux repères dans ses rapports aux patients. *« Je pense qu'il faut avoir une capacité de patience, de, de, d'abnégation, de tolérance assez importante pour supporter certains comportements des patients de consultation. Je n'ai pas tout ceci et pour moi c'est vraiment un exercice difficile de pas « ruer dans les brancards » parfois ! »*

- <u>Des problèmes dans l'équipe</u>

L'ensemble des membres de l'équipe contribue à l'ambiance de travail. Le comportement de certains entre en contradiction avec des valeurs personnelles, ce qui interpelle et interroge.

- ✓ Le discours ambivalent du cadre

Les équipes attendent du cadre qu'il apporte une réponse adaptée lors des conflits internes à l'équipe. Son positionnement clair rassure et évite une dégradation de la situation.

Emma nous narre cette situation vécue lors de l'un de ses stages d'étudiante : *« déjà c'était une équipe fixe du matin et une équipe fixe d'après-midi. Et donc euh l'équipe… déjà à la base cela partait d'un souci avec les deux équipes comme quoi l'équipe du matin se plaignait de l'équipe d'après-midi qui laissait des soins et vice-versa. Et du coup le cadre avait pas de position ; il disait… il allait dans le sens de l'équipe du matin quand il était avec eux et il allait dans le sens de l'équipe d'après-midi quand il était avec eux. Mais au final il ne résolvait aucun problème et l'équipe infirmier savait très bien qu'en gros il se payait leur tête. ».*

Dans des circonstances similaires, Jeanne reste encore perplexe *: « Le cadre a changé sa position à plusieurs reprises. C'est à dire que quand le cadre demande à une partie de*

*l'équipe de faire un truc et… ce qui pose problème, ce qui génère des tensions et tout çà… Et qu'après le cadre fait comme si ce travail avait été donné de manière spontanée, comme si elle ne l'avait jamais demandé. Oui il y a une vraie responsabilité du cadre. Quand le cadre change ses propos, change ses propos au cours du temps ou en fonction des interlocuteurs… c'est pas possible. »*

Ces comportements furent préjudiciables à la cohésion de l'équipe.

- ✓ Deux systèmes de valeurs en contradiction

Adèle porte un regard presque méprisant sur sa cadre : cette dernière issue de l'informatique *« n'a rien à voir avec les soins, elle n'y connaît rien. »*. Mais surtout ses priorités sont éloignées des préoccupations des soignants (les remplacements, la charge de travail…). « *Voilà y a que la vitrine qui compte et ça… on pourrait prodiguer n'importe quel soin on a l'impression que çà lui est égal ; tout ce qui compte c'est la vitrine. Et ça c'est un peu agaçant parce que moi je suis pas commerçante et puis… j'ai un peu de mal, un peu de mal avec ce qu'on nous demande maintenant, c'est d'être une vitrine ; d'accueillir bien les gens, d'être tout sourire, d'être tout gentil ,d'être tout ce que l'on veut, mais finalement la qualité du soin qu'on prodigue je crois que c' est tout à fait secondaire. »*

Cela heurte ses valeurs personnelles et son identité soignante.

- ✓ Des confits dans l'équipe

En SSPI, des discordances semblent peser sur le fonctionnement de l'équipe. Les individualités surpassent le collectif et les personnes ne travaillent plus de concert pour le confort du patient. Jeanne constate qu' *« après quand l'équipe dysfonctionne pour des raisons X ou Y, les conditions de travail deviennent beaucoup plus difficiles : on va continuer à avoir l'aspect très plaisant de… d'avoir le rendu auprès des patients qui globalement va être positif, sauf que travailler seule au sein d'une équipe c'est plutôt quelque chose de compliqué à vivre dans un service. »* Céline aussi *«ne se retrouve plus trop dans l'équipe actuelle. »*

L'entraide et le soutien entre collègues disparaissent et l'œuvre collective n'en est plus une, ce sont plutôt une multitude d'ébauches individuelles. Jeanne explique : *« Quand tout le monde œuvre dans le même sens, les choses peuvent être gérées sans danger. A partir du moment où une partie de l'équipe essaie de se planquer, c'est comme ça que je ressens les choses tout au moins… On se retrouve dans des situations qui peuvent être dangereuses et* ***cela m'est arrivé :*** *gérer deux patients instables en même temps ; je ne peux pas être partout et c'est*

*juste pas acceptable quand tu en as qui n'ont pas de patient… (rires nerveux)… Un moment, on a perdu le sens de l'œuvre, c'est ça et pour moi on a perdu la dynamique d'équipe alors que pour moi elle est essentielle… Les charges sont parfois mal réparties et il faut juste faire attention à ses collègues et c'est comme ça que l'on peut œuvrer de manière favorable au patient. »*

Ces conflits individuels se jouent au détriment du patient.

Nous avions décidé, dans notre cadre théorique, d'explorer l'impact de la reconnaissance sur le sens du travail et l'engagement des collaborateurs.

### 4.2.4 Le sens par la reconnaissance

Nous avons abordé ce thème en posant une question ouverte très large mais nous avons été souvent obligée de resserrer le champ de la question car le sujet apparaissait trop vaste.

- La reconnaissance sociale

Selon le résultat d'une étude IFOP (Institut Française d'Opinion Public et d'études de marché) portant sur les métiers préférés des français,[46] infirmière est celui qui bénéficie du meilleur pourcentage d'opinions positives. Socialement donc, la profession jouit d'une image très positive, les soignants le ressentent bien. *« Je pense que l'on a dans la tête des gens un métier qui est respectable, c'est ce que je ressens en tout cas. Eux-mêmes en général nous sont reconnaissants de faire ce métier, de ce que l'on peut leur apporter. Cela prouve qu'ils ont une bonne image de nous »*, ressent Patricia.

Dans le discours des enquêtés l'attente de reconnaissance porte sur le travail de la personne mais aussi sur ses qualités personnelles. Nous souhaitions essentiellement recueillir leurs attentes de reconnaissance vis-à-vis du cadre de santé mais d'autres acteurs sont apparus.

- Des patients et de leur famille

Les signes de reconnaissance ne sont pas particulièrement attendus mais tout de même la majorité apprécie d'en recevoir. *« Je n'en attends pas spécialement mais c'est important parfois. Si je fais quelque chose pour eux je n'attends pas qui, qui disent quelque chose de gentil ou quoi. Mais quand on en a cela fait plaisir, cela fait du bien. De toute façon la*

[46] Ifop. *Analyses opinion et marketing : le classement des métiers préférés des français* [En ligne]. Février 2011. [Consulté le 18/04/ 2014], http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=1396

*reconnaissance cela vient à 80 % des patients…c'est…c'est sûr. Des patients et de leur famille. »*

- Des pairs et autres professions paramédicales

Seuls deux infirmières, Céline et Emma, n'attendent pas de reconnaissance de la part de leurs pairs. Pour Céline, le regard de ses collègues importe peu car elle les estime peu. Emma, elle, comble son besoin de reconnaissance ailleurs.

Par contre, pour Patricia, *« c'est complétement important d'être reconnu par nos collègues. D'ailleurs c'est ce que l'on recherche au quotidien aussi ; enfin en tout cas c'est ce que l'on doit rechercher parce qu'en recherchant la reconnaissance des collègues, on cherche toujours à s'améliorer et à faire au mieux. Finalement cela nous oblige à maintenir un certain, un certain… niveau de compétence ! Je pense que si on recherche ce niveau de compétence c'est aussi en partie parce que l'on recherche la reconnaissance des collègues. Mais finalement c'est une bonne chose parce que cela nous oblige vraiment à rester au niveau. »*

Le jugement de ses collègues sur son travail l'incite à maintenir un niveau accru d'exigence. Les autres sont moins catégoriques dans leurs propos mais apprécient d'avoir un retour positif de leurs collègues portant sur la qualité de leur travail ou leur personne. Benoit, dans la discussion concernant la reconnaissance, répond ainsi *: « de mes collègues pourquoi pas en me disant : j'ai besoin de la reconnaissance de mes collègues comme étant un bon équipier, un bon collègue, une personne sur laquelle on peut compter, qui est à l'écoute… »*. C'est sa place particulière dans l'équipe qu'il a besoin que ses collègues reconnaissent.

- Des médecins

Les infirmières mettent en avant leur sens clinique, leur sens de l'observation, désirant qu'ils soient pris en compte par les professionnels médicaux. En chirurgie, Patricia trouve que *« nous avons quand même un lien avec les chirurgiens qui est intéressant. On sent que notre avis, vis à vis du patient en tout cas, est pris en compte et a une importance. On se sent écoutés. »*. Emma et Benoit partage cet avis, trouvant que leur regard infirmier est sollicité. Marie elle, aimerait que les médecins lui envoient plus de signes de reconnaissance.

Céline et Jeanne, dans une unité très médicalisée, ont parfois *« l'impression d'être inexistante dans le paysage, d'être là pour effectuer ce que l'on nous demande mais pas pour réfléchir »*.

Elles vivent mal d'être considérées par certains comme *« une exécutante de soins »* sans que leur avis soit sollicité. Leur rôle propre s'efface devant le rôle prescrit.

- Du cadre

Les soignants attendent de leur encadrement deux choses : la reconnaissance du travail réel et celle des qualités personnelles de chacun.

✓ Reconnaissance du travail réel

Les soignants ont besoin de ressentir que le cadre a conscience de la réalité des contraintes de travail sans pour autant forcément l'exprimer verbalement. D'après Marie, cela peut se traduire par la défense d'une infirmière : *« A nous il ne va jamais nous dire que c'est bien ou non ; il va plutôt nous faire des reproches, mais je sais que je l'ai déjà vu nous défendre et cela m'a fait du bien de l'entendre ; alors que j'étais en train de me faire engueuler, lui, il me défendait. J'étais limite contente qu'il y ait ce truc parce je me suis dit qu'en fait il reconnaît ce que l'on fait et qu'on ne peut pas tout faire ; parfois on passe à côté. Je me suis dit que finalement il a du mal à nous dire… à reconnaître en face de nous notre travail mais je sais que… il en est conscient. ».* Pour Charles c'est la mise en avant de leurs compétences qui compte : *« Je pense que l'on a besoin de savoir que nos supérieurs savent que l'on travaille bien parce que… c'est un peu compliqué à expliquer… pour qu'ils sachent qu'ils peuvent compter sur nous et, s'ils ont un problème qu'ils sachent qu'ils peuvent nous appeler. C'est important dans tout métier un peu hiérarchisé de savoir que nos supérieurs reconnaissent que l'on a une place dans l'équipe. »*

✓ Reconnaissance des compétences individuelles, des qualités

Bien que reconnaître la qualité et la quantité du travail soit un facteur important, individuellement les attendus concernent la singularité de chacun, les qualités individuelles. Céline attend de son cadre qu'il reconnaisse *« les qualités de telle ou telle personne (esprit d'équipe, bon esprit, ponctualité…) ».*

Patricia aussi a besoin de cette reconnaissance individuelle et c'est la seule qui a évoqué l'évaluation annuelle. *« Je parle vraiment pour moi, je pense qu'il y a d'abord l'évaluation annuelle ; le système de notation vraiment très scolaire qui est une sorte de reconnaissance quand on nous dit que cela se passe bien et que l'on a une bonne appréciation. Après il y a la reconnaissance au quotidien où quand on va voir ponctuellement les cadres, qu'on leur*

*soumet un problème, qu'on leur propose des solutions et que derrière on est écouté et ben ça compte aussi. Et puis après si on nous sollicite pour des choses particulières ou pour faire des formations, des choses comme cela, cela veut dire que voilà, derrière on se dit qu'ils se disent qu'ils ont confiance ou qu'ils se disent que j'ai les capacités de ça ou ça donc quand on nous confie telle ou telle mission c'est un gage de confiance aussi. Donc je pense que c'est par là aussi que cela passe la reconnaissance avec les cadres car ce sont eux qui sont au-dessus de nous et au plus près de nous. »*

En conséquence, tout l'art du cadre consiste à faire preuve de l'équité chère aux soignants tout en respectant la singularité de chacun.

La thématique de la reconnaissance au travail dans nos entretiens est complexe tant par l'étendue de son champ que par les diverses interrelations. Les attentes des infirmières sont spécifiques et dépendantes des acteurs en présence. La sensibilité individuelle est variable.

- Retour aux éléments conceptuels

Ces constats peuvent être rapprochés de l'axe humaniste et existentiel choisi dans notre cadre conceptuel. Les infirmières ont besoin d'une attention particulière et de signes de reconnaissance personnelle pour appuyer leur singularité identitaire professionnelle et personnelle. Ces marques, provenant de personnes estimées avec qui elles travaillent en étroite collaboration, revêtent de l'importance. Leurs regards sont valorisants.
Se sentir reconnu, c'est aussi se sentir écouté : leur droit à la parole, la considération portée à leur avis et leur influence sur les décisions participent aussi à leur reconnaissance existentielle.

### 4.2.5 Les gestes et les rites de reconnaissance porteurs de sens du cadre

Nous constatons l'importance de déterminer du sens à leur travail pour les infirmières. La contribution du cadre à celui-ci est effective.

- Le partage des valeurs du soin

Le cadre change de point de vue en accédant à sa nouvelle fonction mais conserve ses valeurs soignantes. Les infirmières ont besoin de le ressentir.

- Les rites de reconnaissance

L'entretien préalable à l'embauche est un rite de passage. Connaissant les diverses personnalités des membres de son équipe, le cadre essaie de déterminer l'impact de l'arrivée d'un nouvel élément.

En témoignant de l'intérêt à chaque membre de son équipe, le cadre le reconnaît dans son individualité. Au cours de notre stage, le cadre tenait à saluer chacun des membres de son équipe présents.

L'entretien annuel d'évaluation est une procédure d'appréciation contribuant à la reconnaissance de l'identité de l'agent.

- Les gestes de reconnaissance

En s'attachant à connaître les personnes, le cadre prend en compte les besoins individuels.

Nous avons observé une multitude de petits gestes. Une des infirmières désirait aller voir des interventions depuis quelques mois, le cadre s'est organisé pour que cela soit possible. Il fut aussi un soutien dans l'obtention de formations. L'autonomie laissée lors des échanges dans les plannings est aussi une marque de reconnaissance.

La thématique de la motivation ne faisait pas l'objet de questions directes mais nous cherchions à la sonder pour étudier ses liens avec le sens du travail et la reconnaissance.

## 4.3 La motivation

Nous présupposions que trouver du sens à son travail n'engendrait pas nécessairement de la motivation. Par conséquent dans cette partie nous avons analysé les facteurs de motivation selon les trois profils déterminés : ceux qui veulent partir, ceux qui commencent à se poser des questions et ceux qui sont totalement épanouis. Nous avons pu ainsi repérer les leviers et les freins à l'élan motivationnel.

### 4.3.1 Les leviers motivationnels

- L'équipe

« Dans le domaine des soins, une équipe est un ensemble de personnes travaillant ensemble. Elles sont liées par des interrelations, elles ont conscience d'une appartenance au groupe et

poursuivent un but commun. Ce travail suppose un investissement collectif, mais aussi une répartition de la tâche entre les membres et la convergence de leurs efforts. »[47]

Chacun collabore, en fonction de ses qualifications, à la réalisation d'un projet de soins commun. Cet ensemble œuvre en coordination pour assurer des soins de qualité aux patients.

Patricia aime *« travailler un peu avec d'autres professionnels qui ont une autre approche et d'autres connaissances : les kinés, les orthophonistes, les assistantes sociales et les médecins. Dans cette unité chacun œuvre à son niveau pour le bien-être du patient. »*

- L'enrichissement professionnel

Au sein de l'équipe de chirurgie, chacun des membres rencontrés a pointé l'importance de s'enrichir professionnellement : le sentiment d'apprendre régulièrement, le développement de nouvelles compétences et la stimulation intellectuelle. Patricia est toujours dans cette dynamique d'apprentissage favorisée par le suivi d'un cursus universitaire. « *Ce lien avec d'autres métiers permet de s'informer et finalement on apprend tous les jours quoi ! J'ai toujours l'impression d'apprendre tous les jours alors que cela fait plus de cinq ans que je travaille ici. Et puis… du coup je me suis toujours dit que tant que je ne m'ennuierai pas dans un service, je ne changerai pas forcément donc… c'est un des critères. Là, je parle du service en particulier. Pour le métier, c'est un métier qui est diversifié en plus donc… on s'ennuie pas ! Après à côté, on a toutes les formations proposées qui permettent quand même justement de rester investies. Moi en l'occurrence je suis inscrite à la formation, au diplôme universitaire dans cette spécialité. Et ça me donne l'impression d'encore plus m'impliquer dans le service pour le coup parce que derrière cela donnera peut-être la possibilité de mettre en place des choses qui existent pas encore. Oui du coup quand on a la possibilité d'avoir accès à ce genre de formation, cela donne une autre vision, cela permet de pas stagner et de pouvoir aussi évoluer dans le service toujours en tant qu'infirmière mais avoir un autre rôle que seulement celui du soignant. »*

L'implication et l'investissement relatés par Patricia dans ce passage sont de forts leviers de motivation pour elle. Emma apprécie aussi la possibilité offerte de s'investir. *« Oui on essaie de mettre en place certains projets comme la prise en charge des étudiants […] A la base*

[47] PHANEUF, Margot. *Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance* [En ligne]. Infiressources, sans date. [Page consultée le 20/04/2014], http://infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_travail_d_equipe_aupres_des_malades.pdf

*c'est parti de ma volonté et après j'en ai parlé aux cadres pour voir s'ils étaient OK et d'accord. J'en ai aussi parlé avec d'autres collègues. »*

Par contre, individuellement dans l'unité, tous ne témoignent pas d'un degré aussi fort d'implication et d'investissement.

- L'encadrement des étudiants

Emma et Patricia ont élaboré des outils pour améliorer la qualité de l'encadrement des étudiants dans l'unité. Elles apprécient cet aspect de leur travail, Patricia trouvant que « *c'est un coté agréable de pouvoir transmettre ce que l'on connaît* ».

Pour Emma, c'est « *un projet* » auquel elle participe activement.

### 4.3.2 Les freins motivationnels

- Une diminution de l'implication et/ou de l'investissement

L'implication et l'investissement dans la vie du service sont très individuels. Marie n'a jamais ressenti le besoin de s'investir dans la vie du service. Benoit lui, peut s'impliquer « *sur l'amélioration de la vie du service mais c'est par période. »*

Ces deux infirmiers qui commencent à s'interroger sur leur devenir professionnel sont justement les deux qui participent le moins à l'amélioration de la vie du service.

Mais parfois l'implication diminue pour se protéger, quand l'investissement personnel est trop fort. C'est le cas d'Adèle qui a ressenti la nécessité de se distancier de son activité. *« Oui et j'estime que c'est une bonne chose. J'en culpabilise un peu mais je pense que c'est nécessaire pour pouvoir faire mon temps. C'est pas parce que tu es* ***moins*** *investie que tu fais mal ton boulot ; en même temps faire la part des choses et pouvoir considérer qu'il n'y a .pas que ça. Ta vie n'est pas que ça. Longtemps, je ne l'ai pas forcément pensé mais j'ai agi comme si ma vie ce n'était que le boulot. C'est un boulot qui peut facilement devenir le centre de ta vie. Ca dépend du service dans lequel tu es mais c'est un boulot que tu peux difficilement oublier quand tu rentres chez toi. J'ai mis longtemps à prendre une distance. »*

- Modification de la vie personnelle

L'arrivée d'un ou plusieurs enfants entraine une modification des rapports au travail, les priorités évoluent et des remises en question s'opèrent. Les contraintes liées au travail sont moins supportables ; un nécessaire changement s'impose. Le rapport au travail n'est plus le même. Céline ressent le besoin de *« trouver un juste équilibre vie privée/vie personnelle »* donc *« l'envie de travailler moins »*.

Adèle explique que sa priorité est l'éducation et le temps passé avec ses enfants.
Marie ressent que l'arrivée de sa fille et les contraintes liées au trajet domicile-travail ont fait évoluer sa relation au travail.

- La lassitude

La maîtrise de tous les aspects d'un poste procure une aisance intellectuelle. Mais rapidement pour celui qui ne désire pas s'installer dans ce confort, le travail perd en intérêt.
Marie évoque clairement son désir de quitter l'unité dû à sa lassitude. *« J'ai envie de changer et j'aime toujours ce que je fais mais je sens qu'il faut que je change parce que je me lasse un petit peu de… Ce n'est pas que je banalise un peu mais presque.*
*Je pense qu'il y a certaines choses que je dois négliger aussi. Du coup comme je me lasse un peu je me dis que c'est là que je risque de faire des… bêtises parce que je banalise, je suis moins attentive ou… Par exemple pour cette intervention, moi j'en ai vu une seule qui s'est très mal passée remontée à l'étage, et du coup je me dis que c'est… Je suis moins attentive que pour une personne qui remonte pour cette autre intervention. C'est bête parce que je ne devrais pas faire de différences : il se passe autant de choses sauf qu'il n'y a pas de cicatrice.* » Elle est insatisfaite de la qualité de son travail parfois.
Céline souligne *« ne pas être assez stimulée intellectuellement » et « son impression d'avoir fait le tour du service »*. Cette absence de perspective d'évolution, son ennui intellectuel et sa lassitude l'incitent à vouloir changer ; c'est pourquoi elle prépare le concours pour intégrer une école formant les infirmiers anesthésistes.
Benoit trouve que *«c'est un peu lassant, c'est souvent les mêmes pathologies qui reviennent »*.

- Dysfonctionnement dans l'équipe

Le travail en équipe est parfois difficile. Le poids médical en SSPI procure à Céline « *le sentiment que le service ne nous appartient pas* (aux infirmières) » et d'être « *là pour effectuer ce que l'on nous demande mais pas pour réfléchir.»*
Dans une équipe, les confrontations d'opinions sont normales mais parfois le dialogue se coupe et il devient alors impossible de travailler ensemble. *« Les guerres d'ego cela ne m'intéresse pas du tout et je préfère aller voir ailleurs. »* explique Jeanne. En SSPI, la cohabitation de fortes personnalités devient invivable quotidiennement.
L'esprit d'équipe se délite et il devient impossible de collaborer. La communication se détériore ; des rancœurs et des médisances peuvent surgir.

### 4.3.3 L'influence du cadre sur la motivation des agents

Le cadre participe à l'entretien de la motivation essentiellement par la reconnaissance des aptitudes individuelles de chacun : qualités pédagogiques envers les étudiants, esprit d'équipe, pondération, désir de s'impliquer, etc. L'élan motivationnel est potentialisé si ces signes sont associés à des prises de responsabilité ou à des formations.

« Par la reconnaissance existentielle, l'individu se voit reconnaître le droit à la parole et à l'influence sur les décisions. Pour lui, cette reconnaissance se traduit par des bienfaits profondément ressentis : il a l'impression d'exister aux yeux des autres et d'être respecté pour ce qu'il est. Il a le sentiment que ses besoins sont pris en considération. »[48]

Les soignants sont en attente de reconnaissance existentielle notamment de la part de leur cadre. Ressentir que leur participation à l'œuvre commune est admise et appréciée représente une source considérable de satisfaction donc de motivation.

[48] BRUN, Jean-Pierre ; DUGAS, Ninon ; TISON, Marc. *op. cit.*, p.15.

# 5 Discussion avec les concepts

L'analyse des entretiens terminée, nous devons rapprocher la richesse des informations recueillies aux données contextuelles et conceptuelles mobilisées au cours de notre recherche.
Nous rappelons que notre hypothèse était formulée ainsi :
**En manifestant des signes de reconnaissance, le cadre favorise l'engagement de ses collaborateurs.**

Dans cette partie, nous abordons les attentes des soignants en matière de reconnaissance ainsi que leurs leviers de motivation pour terminer par l'incidence du cadre de santé.

## 5.1 Les attentes des soignants en matière de reconnaissance

L'importance des signes de reconnaissance est variable entre les soignants et les attentes sont très personnelles. Les soignants distinguent clairement la reconnaissance de la qualité de leur travail et celle de leurs qualités personnelles. Les attentes varient en fonction du type de reconnaissance attendue et de la fonction de celui qui envoie des signes.
Les infirmières évoluent au sein d'un collectif de travail et auprès des patients. Dans ces interactions, elles puisent des signes de reconnaissance.

Nous n'avions pas anticipé l'importance du comportement du corps médical. Pourtant les médecins sont intégrés dans l'équipe pluridisciplinaire.
L'équipe pluridisciplinaire évolue autour du patient. « On parle de multi ou pluridisciplinarité lorsque plusieurs personnes d'origines et/ou de compétences différentes s'occupent d'un même problème médical, qu'il s'agisse d'un malade, d'une étude clinique [...]. Il peut s'agir d'un groupe plus étendu d'acteurs de santé, médecins, infirmières, kinésithérapeutes [...] Il ne s'agit pas d'une simple somme de compétences techniques mais d'une potentialisation et d'une optimisation des ressources, les maîtres mots restant : complémentarité, synergie, coordination et évaluation »[49].
Tous les soignants ont évoqué leurs relations avec le corps médical. La qualité de cette collaboration est variable d'une unité à l'autre mais aussi d'un individu à l'autre.

[49] STORDEUR, Sabine ; D'HOORE, William ; BEDARD, Martin ; et al. *op. cit.*, p 226.

En SSPI, les infirmières ne se sentent pas entendues par les anesthésistes. La technicité de l'unité et la multitude de soins prescrits les rendent peu sensibles au sens clinique infirmier. Les infirmières se sentent peu écoutées donc peu reconnues. Céline a *« l'impression d'être inexistante dans le paysage »*, elle souhaiterait être sollicitée activement par les médecins dans les projets et les prises de décisions. Jeanne souffre aussi de ce manque de considération médicale.

En chirurgie, seule Marie souhaiterait se sentir plus considérée et reconnue dans son travail mais elle concède que dans son unité, « *on arrive à avoir des discussions, au moins des dialogues* ». La confiance qu'on lui accorde est un témoignage de reconnaissance mais elle désirerait des signes concrets de reconnaissance, des signes verbaux.
Ses trois collègues soulignent l'importance de sentir que « *leur regard infirmier est écouté* », que la pertinence de leur évaluation des situations est reconnue.
Les soignants revendiquent leur sens clinique et leur sens relationnel : leur identité professionnelle.
D'ailleurs la pluridisciplinarité requiert une collaboration entre les différents acteurs au lit du patient et une communication efficace. Pour autant les relations avec les médecins peuvent être conflictuelles ou inexistantes.
Le regard médical et une étroite collaboration participent au sentiment de reconnaissance des infirmières. Le corps infirmier accorde une valeur fondamentale au travail d'équipe et désirerait une synergie entre équipes médicale et paramédicale.

### 5.1.1 Les pairs

Les soignants déclarent attendre peu de reconnaissance de leurs pairs sur leur travail, à l'exception de Patricia et Jeanne. Ces dernières recherchent dans le jugement des autres l'assurance de la qualité de leur travail et mobilisent de l'énergie dans ce sens pour *« maintenir un certain niveau de compétence »* selon Patricia.
Mais c'est essentiellement une reconnaissance personnelle qui est espérée entre pairs : une participation à la cohésion de l'équipe grâce à ses qualités. En nous référant aux propos des soignants, nous définirions la cohésion dans l'équipe comme un système de confiance, se traduisant par une fluidité des relations et un soutien quotidien, permettant l'atteinte d'objectifs partagés. Chacun a besoin que les autres reconnaissent la place particulière qu'il occupe dans l'équipe.

La notion de lien d'appartenance au sein de l'équipe a été peu abordée dans notre cadre théorique. Le partage de valeurs communes est indispensable, c'est pourquoi Jeanne et Céline ne se reconnaissent plus dans leur équipe actuelle et se sentent à la marge de cette équipe, éloignée à présent de leurs valeurs personnelles. La mobilisation collective autour d'une œuvre commune n'est plus effective.

Au cours de mon stage un des cadres m'avait expliqué que l'année précédente un étudiant était venu effectuer son stage pré-professionnel (stage précédant l'obtention du diplôme) dans l'optique d'intégrer l'unité ensuite. L'équipe l'a rejeté, non pas pour la qualité de son travail qui était irréprochable, mais *« cela ne passait pas avec plusieurs membres de l'équipe*. » Pour la cohésion de son équipe, le cadre a dû trouver une solution alternative : lui faire intégrer une autre unité.

### 5.1.2 Le patient

Selon les soignants, les patients leur procurent de la reconnaissance par leurs remerciements mais aussi par le reflet positif renvoyé sur leur travail. Certes, ces signes sont indirects mais ils renforcent le sentiment d'utilité porteur de sens pour les infirmières. Ce retour est synonyme de réussite dans l'évaluation de leurs objectifs de soins, donc de fierté personnelle. Comme l'a écrit George Masclet « chacun travaille pour l'estime de soi. »
La reconnaissance est à associer ici à la satisfaction.

Nous allons nous rapprocher de notre cadre théorique et aborder la motivation.

## 5.2 La motivation

Si nous nous référons à Herzberg, tout comportement est déterminé par la satisfaction de besoins. Les conditions de travail et les relations d'équipe appartiennent aux facteurs d'hygiène. La non-satisfaction de ces derniers est source de démotivation.

La cohésion de l'équipe et les relations interpersonnelles apparaissent fortement compromises en SSPI. Céline et Florence n'éprouvent plus de motivation et elles sont arrivées à la conclusion que pour elles, le mieux était de partir.
Isabelle interroge encore le contenu de son travail, l'un des facteurs d'hygiène, ainsi que son utilité. Elle peine à s'investir dans son nouveau poste.

En chirurgie, le fonctionnement de l'équipe convient à tous. Par contre la reconnaissance éprouvée ne permet pas d'entretenir l'élan motivationnel de chacun.

## 5.3 La posture du cadre de santé

Les infirmières ne considèrent pas que le cadre doive être un simple dirigeant missionné pour encadrer l'équipe. Il fait partie de l'équipe en participant à la vie soignante.
L'appartenance légitime du cadre se justifie par sa contribution à l'œuvre commune qu'est la prise en soins des patients. Sa place au milieu de la vie du service et les soins indirects apportés le situent au cœur des problématiques de soins. Mais sa présence physique est nécessaire pour remplir cette mission. Cette proximité facilite aussi la visibilité du travail réel.

Etre considéré comme un membre de l'équipe soignante installe le cadre dans une position d'acteur actif au sein de celle-ci.

### 5.3.1 Son influence sur le climat organisationnel

Cette notion est relativement récente dans les organisations mais « le climat organisationnel est la perception entretenue par les membres d'une organisation concernant les pratiques organisationnelles (politiques, gestion des ressources humaines) qui les gèrent. »[50]

L'attitude du cadre influence la dynamique du groupe-équipe.

Nous avons déterminé plusieurs axes au regard de nos entretiens :

1. Le sens donné aux soins en facilitant l'appropriation du projet collectif.
2. L'équité soutenant la cohésion
3. La cohérence du discours. Les propos sont similaires quel que soit l'interlocuteur. Les informations sont fiables et complètes.
4. Une intervention pertinente en cas de conflit et/ou de dysfonctionnement. Un rappel des règles communes permet d'éviter que la situation dégénère. Comme l'a noté Jeanne, le cadre ne doit pas « *faire la girouette* » ; il doit trancher et maintenir ses décisions.

[50] BRUNET, Luc. *Climat organisationnel et efficacité scolaire* [En ligne]. Forres, 2001. [Page consultée le 21/04/2014], http://www.forres.ch/documents/climat-efficacite-brunet.htm

5. L'instauration de moments conviviaux de rassemblement et de réunions favorisant l'expression. Ces moments formels et informels permettent des discussions renforçant la cohésion de l'équipe.

Le cadre porte le sens du travail en maintenant une orientation, en adoptant une attitude cohérente et en soutenant les moments d'échanges.

L'interdépendance entre sens, motivation et reconnaissance est réelle pour les agents.

### 5.3.2 Son incidence sur l'adhésion de l'équipe

Nous situions le cadre au cœur des attentes de reconnaissance des infirmières ; nous avons démontré que celles-ci sont plus complexes.

La reconnaissance du travail d'équipe est globale : les individualités sont effacées au profit du collectif. Nous n'avons pas approfondi les projets et les réussites d'équipe lors de nos entretiens.

Les soignants attendent du cadre que leur singularité et leurs qualités individuelles soient valorisées. L'angle humaniste et existentiel par lequel nous avons abordé la reconnaissance insiste sur le caractère unique et distinct de chaque être humain. Reconnaître le travail commun est important, mais la mise en avant de la contribution et des compétences de chacun l'est aussi.

Au final, les deux infirmières de SSPI éprouvent de la non reconnaissance. Par contre dans l'unité de chirurgie cette reconnaissance personnelle est un levier de motivation, processus actif propre à chacun, notamment pour Patricia et Emma.

La posture du cadre dans sa considération du travail de ses collaborateurs influence les membres de son équipe.

Nous allons conclure cette partie analytique en reprenant les éléments de notre hypothèse.

## 5.4 Retour à l'hypothèse et synthèse

Notre hypothèse est vérifiée : les signes de reconnaissance témoignés par le cadre favorisent l'engagement des membres de son équipe.

Toutefois les signes de reconnaissance envoyés par le cadre ne suffisent pas à s'assurer de l'engagement des collaborateurs. La motivation est un phénomène complexe et très

personnel : chaque individu a ses propres ressorts de motivation. Les soignants ne fonctionnent pas tous sur le même registre ; leur perception de leur environnement de travail et leurs attentes diffèrent. Le cadre doit en tenir compte.

Il apparaît par ailleurs comme l'acteur majeur dans le maintien du lien d'appartenance entre les membres de l'équipe soignante. Lien favorisé par le partage qu'il fait du projet d'équipe et institutionnel pour son appropriation commune.

La conception par le cadre de sa fonction et de son rôle soignant influence son positionnement dans l'équipe. En appartenant à l'équipe, il pose un regard juste sur les réalités quotidiennes et participe à l'atteinte des objectifs communs.

Les infirmières attendent du cadre qu'il prenne soin d'elles en dépit de ses responsabilités. Son accessibilité est un élément majeur pour elles.

Arrivée au terme de notre recherche, nous allons conclure à présent notre travail.

# Conclusion

La réalisation de ce mémoire fut l'occasion de nous familiariser avec la démarche de recherche en sciences humaines. Nous poursuivions l'objectif d'observer le fonctionnement hospitalier sous un regard sociologique. Ce changement de perspective et la prise de distance avec le terrain furent difficiles les premières semaines. Notre cheminement réflexif débuta réellement avec la clarification de notre thème et l'orientation de nos lectures. Progressivement le cadre contextuel et conceptuel s'affina. Les échanges avec notre directeur de mémoire permirent d'enrichir nos réflexions. L'étape des entretiens, bien que redoutée, fut menée sans entrave.
L'investissement dans ce processus de recherche fut teinté de plaisir.

La richesse d'un établissement hospitalier n'est pas seulement monétaire ; elle est avant tout humaine. François Dubet soulignait en 2002 que la difficulté à l'hôpital est bien de voir le travail réel des infirmières or, la reconnaissance porte sur ce travail réel. [51] Les soignants revendiquent ainsi l'invisibilité d'une partie de leur activité et critiquent régulièrement l'écart entre leur vécu et les prescriptions de l'organisation.
A la confluence de différentes logiques, l'encadrement de proximité est donc le relais de l'information ascendante comme descendante et celui des changements organisationnels permanents.
Au sein de l'unité de soins, un des défis du cadre de santé est de parvenir à concilier les attentes institutionnelles avec les attentes professionnelles et personnelles de l'ensemble des soignants dont il a la responsabilité.
Dans cet environnement contraint, une des missions du cadre est de communiquer sur le contenu et l'organisation du travail. Son partage des valeurs professionnelles et ses capacités relationnelles et d'accessibilité, participent à la cohésion d'équipe et au maintien du lien d'appartenance. Sa perception de la valeur des activités de chacun impacte la construction individuelle du sens donné au travail. En outre à travers la reconnaissance quotidienne du travail de son équipe, le cadre contribue à garantir la qualité des soins ainsi que le bien-être des patients et des soignants.

---

[51] DUBET, François. Entre technique, relations et organisation : les infirmières, in *Le déclin de l'institution*, DUBET, François. Paris : Seuil, 2002, p 195-230.

La métaphore du chef d'orchestre peut s'appliquer au cadre de santé : il coordonne et mène en harmonie les qualités, les défauts et les compétences individuelles de chacun. Cette vision peut paraître utopiste. Nous dirions plutôt que les managers hospitaliers doivent redéfinir leur fonction de manière plus humaine et valoriser leur équipe. Reconnaître leur travail, c'est reconnaître leur raison d'être dans un projet commun et une finalité collective qui rencontrera les objectifs institutionnels.

Cette recherche a contribué à l'enrichissement de notre culture professionnelle et a participé à la construction de notre identité professionnelle ; devenir cadre c'est changer de point de vue. Notre regard de futur manager mesure l'importance de respecter la singularité de chacun, pour s'assurer d'un engagement optimal, en adaptant notre style de management aux personnalités des membres de l'équipe. Toutefois, les individualités ne peuvent se substituer à la cohésion du groupe. L'enjeu est de bien connaître les forces et les faiblesses de chacun pour les combiner le plus harmonieusement possible dans un souci d'efficience.

Les soignants interrogés pour ce mémoire mettent en lumière l'esprit d'équipe et sa cohésion. Dans le même temps, et dans la logique actuelle de pôles, la polyvalence, l'adaptabilité et la mobilité des infirmières sont prescrites par l'organisation.

Il faut ainsi s'interroger, au sein de l'institution hospitalière, sur la pérennité du lien d'appartenance face à ces injonctions.

# Bibliographie


## Textes à portée juridique

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, J.O du 25 avril 1996.

## Ouvrages

BLANCHET, Alain ; GOTMAN, Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, coll. 128, 2013,2e édition.

BOURRET, Paule. *Prendre soin du travail : un défi pour les cadres à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan, 2011.

GHOSHAL, Sumantra ; BARTLETT, Christopher. *L'entreprise individualisée. Une nouvelle logique de management.* Paris : édition Maxima, collection institut du management, 1998.

LENHARDT, Vincent. *Les responsables porteurs de sens : Culture et pratique du coaching et du team-building.* Neuilly-sur-Seine : Insep Consulting, Pratiques en question, 2002.

SAINSAULIEU, Renaud. *L'identité au travail*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1996.

STORDEUR, Sabine ; D'HOORE, William ; BEDARD, Martin ; et *al*. . *Attractivité, fidélisation et qualité des soins : 3 défis, une réponse*. Rueil-Malmaison : Lamarre, coll. Fonction cadre de santé, 2009.

VIDAILLET, Bénédicte ; ALLARD-POESI, Florence ; KOENING, Gérard ; et *al*. . *Le sens de l'action : Karl E. Weick : socio psychologie des organisations*. Domont : Vuibert, 2012.

## Chapitre d'ouvrage

DUBET, François. Entre technique, relations et organisation : les infirmières, in *Le déclin de l'institution*, DUBET, François. Paris : Seuil, 2002, p 195-230.

HESBEEN, Walter. La qualité de la pratique soignante, in *La qualité du soin infirmier penser et agir dans une perspective soignante*, HESBEEN, Walter. Paris : Édition Masson, 1998, pp.42-79.

MINTZBERG, Henri. Devenir du travail du cadre, in *le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*, MINTZBERG, Henri. Paris : Editions d'Organisation, 1993, p.179-187.

PAUL, Maela. Cadre professionnel et choix d'une posture, in *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. Paris : l'Harmattan, 2004, pp.153-161.

**Articles de périodiques**

BAL, Sonia. Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé. *Soins cadres*. 2011, n°79, pp. 43-47.

COUDRIER, Christiane ; POTE, Gilles ; JASPARD, Hubert ; et *al.* Concilier performance et management par le sens et la confiance. *Gestions hospitalière.* 2012, n°521 pp. 610-611.

DUBAR, Claude. Le travail, lieu et enjeu des constructions identitaires. *Projet*. 1993, n° 236, pp. 41-48.

FENDER, Rachel ; MANGEMATIN, Yahn ; HUSSON, Julien ; et *al*. Essai de modélisation de la reconnaissance au travail. *Soins cadres*. 2011, n°80, pp. 29-34.

LASSEAUX, Marc .Le plaisir au travail, entre désir et jouissance. *Soins cadres.* Mai 2011. n°78, pp. 24-26.

LE NESTOUR, Annick. Plaisir au travail, plaisir du travail. *Soins cadres*. Mai 2011 ; n°78, pp. 27-29.

LOCHET, Nathalie. Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? *Soins cadres.* Mai 2012, n°82, pp. 43-46.

LEPOUTRE, Nicolas. La question du plaisir au travail. *Soins cadres*. Mai 2011, n°78, pp. 21-23

**Thèse en ligne**

LAMEUL, Geneviève. Former des enseignants à distance ? Etude des effets de la médiatisation de la relation pédagogique sur la construction des postures professionnelles enseignantes. [En ligne]. *Thèse pour l'obtention du doctorat de sciences de l'éducation*. Nanterre : Université Paris X., 2006. [Page consultée le 15/01/2014], http://www.txtnet.com/a-af/documents/biblio/Th%C3%A8ses/Lameul_these.htm.

**Articles de périodique en ligne**

DANET, François ; BREMONT, Marc ; ROBERT, Dominique. Les Urgences [En ligne] *; Etudes*.5/2004, tome 400, pp.599-610. [Page consultée le 19/12/2013], www.cairn.info/revue-etudes-2004-5-page-599.htm

DIVAY, Sophie ; GADEA, Charles. Les cadres de santé face à la logique managériale [En ligne]. *Revue française d'administration publique.* Avril 2008, n°128, pp. 677-687. [Page consultée le 07/12/2013], http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=RFAP_128_0677

HESBEEN, Walter. Le soin, essence du travail d'« humanitude » : une perspective d'action pour la clinique managériale du cadre infirmier [En ligne]. *DECLIC* (développement d'un espace de communication pour les infirmiers cadres). 2004, n°1. [Page consultée le 12/05/2014], http://www.olivier.callebaut.org/declic_0001.pd

LOUART, Pierre. Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel [En ligne].*Les cahiers de la recherche CLAREE.* 2002, p.3. [Page consultée le 28/01/2014], http://alain.battandier.free.fr/IMG/pdf/CLAREE-Maslow_Herzberg.pdf

MASCLET, Georges. Pour optimiser le soin, il faut donner du sens au travail [En ligne] *PTO Numéro Spécial : Hôpital, soins, management.* Pas de date, vol 16, n°4.pp. 391-412. [Page consultée le 13/01/2014], http://revue-pto.com/articles%20pdf/Decembre%202010/Vol%2016-4-6.pdf

MORIN, Estelle. Qu'est-ce qui donne un sens au travail ?[En ligne]. *Objectif prévention*, 2008, vol 31, n°2, pp. 10-12. [Page consultée le 04/03/2014], http://www.asstsas.qc.ca/Documents/Publications/Repertoire%20de%20nos%20publications/OP/op312010.pdf

PIETTE, Albert. Rivière, Claude. Les rites profanes [En ligne], Archives *des sciences sociales des religions*. Paris : Éditions de l'EHESS. 1995, vol.92, p.132. [Consulté le 10/02/2014], http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/assr_0335-5985_1995_num_92_1_1010_t1_0132_0000_2

**Pages Internet**

Anact. *Les salariés font de la reconnaissance un élément clé de la qualité de vie au travail*. [En ligne] janvier 2014[Page consultée le 01/02/2014], http://www.anact.fr/web/actualite/essentiel?p_thingIdToShow=36383636

Centre national de ressources textuelles et lexicales(CNRTL). Lexicographie [En ligne]. [Page consultée le 14/01/2014], http://www.cnrtl.fr/definition/posture

BRUN, Jean-Pierre ; DUGAS, Ninon ; TISON, Marc. *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens* [En ligne]. Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, 2002. [Page consultée le 28/01/2014], http://www.cgsst.com/stock/fra/cahier-reco-pratique-riche-de-sens.pdf

HAS. *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé* [En ligne]. Collège de la Haute Autorité de Santé, 2007. [Page consultée le 26/12/2013], http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_college_has_horizons.pdf

Ifop. *Analyses opinion et marketing : le classement des métiers préférés des français* [En ligne]. Février 2011. [Page consulté le 18 /04/2014], http://www.ifop.com/?option=com_publication&type=poll&id=1396

Le dico des définitions [En ligne]. [Consulté le14/01/2014], http://lesdefinitions.fr/posture

PHANEUF, Margot. Le travail d'équipe auprès des malades : ressource ou souffrance [En ligne]. Infiressources, sans date. [Page consultée le 20/04/2014], http://infiressources.ca/fer/depotdocuments/Le_travail_d_equipe_aupres_des_malades.pdf

# Annexe I Guide d'entretien

Bonjour, je me nomme Laetitia Bournat. Étudiante cadre de santé je vous sollicite dans le cadre d'une recherche sur le sens du travail, le rôle de la reconnaissance sur celui-ci ainsi que son impact sur la motivation.

Cet entretien anonyme, enregistré si vous êtes d'accord, durera environ une demi-heure.

Vos propos resteront confidentiels et votre identité ne sera pas dévoilée.

Vous êtes libre de répondre ou non aux questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je souhaite simplement recueillir votre point de vue. Je n'effectuerai pas de compte rendu individuel de l'entretien.

Talon identitaire

Age, date du diplôme

Poste occupé actuellement ; poste précédemment occupé

Rythme de travail, horaires

**Thème 1 : le travail**

- Présentation de l'activité du service
- Place du travail dans leur vie
- Aspects plaisants, déplaisants
- Ce qui est important dans le travail

**Thème 2 : le(s) sens que les sujets donnent à leur travail**

- Conception du travail / pourriez-vous ne pas travailler ?
- Satisfaction ? Plaisir ? Mobilisation de ses compétences ?
- Impression de contribution personnelle ? d'être utile ? d'être impliqué ? investissement ?
- Facteurs amplifiant / diminuant le sens du travail
- Si vous vous questionniez sur le sens de votre travail, que diriez-vous ?
- Avez-vous déjà envisagé de quitter le service ?

**Thème 3 : la reconnaissance**

- Qu'exprime pour vous le mot « reconnaissance au travail » ?

- Qu'est-ce qui vous ferait dire que votre travail est reconnu, ou pas ?
- Quels signes seraient les plus importants pour vous ?
- Le plus important : signes de reconnaissance de la part de ses pairs ou du cadre ?

Clôture de l'entretien : Y-a-t-il un aspect de votre travail que nous n'avons pas abordé et que vous souhaitez évoquer ?

# Annexe II Retranscription de l'entretien avec Marie

**Retranscription intégrale de l'entretien avec Marie**

Cet entretien a duré 40 minutes.
Nous étions dans un lieu calme proposé par les secrétaires mais nous avons été interrompues une fois.
L'infirmière était ravie de participer à l'entretien mais elle ne disposait que de 30 minutes pour celui-ci.

**Bonjour, je me nomme Laetitia Bournat. Étudiante cadre de santé je vous sollicite dans le cadre d'une recherche sur le travail de cadre de santé, pour mieux le connaitre.**

**Cet entretien anonyme, enregistré si vous êtes d'accord, durera environ une demi-heure.**

**Vos propos resteront confidentiels et votre identité ne sera pas dévoilée.**

**Vous êtes libre de répondre ou non aux questions. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je souhaite simplement recueillir votre point de vue. Je n'effectuerai pas de compte rendu individuel de l'entretien.**

D'accord c'est noté. Vous pouvez m'enregistrer sans problème.

**Déjà en premier je vais vous demander de vous présenter ?**

31 ans, un enfant gardé à la crèche hospitalière

Diplômée en 2007

Premier poste dans ce service

**Pouvez-vous m'indiquer votre rythme de travail ?**
En équipe de jour, on est soit du matin ou d'après-midi en alternance. Soit 7h36 par jour : 6h45-14h17 ou 13h39-21h15. On a la petite semaine et la grande semaine : quatre jours de travail et six jours de travail.

**Pourriez-vous me décrire succinctement l'activité du service ?**
C'est une unité d'un peu plus de quarante lits avec des lits d'hospitalisation de chirurgie dont quatre lits de soins continus où les patients sont scopés. La plupart des patients viennent pour une chirurgie programmée mais nous recevons beaucoup d'urgences. Je ne connais pas exactement le pourcentage mais une partie de nos patients sont atteints d'un cancer.

**Quelle place a le travail dans votre vie ?**

Ça a une place importante d'autant plus que j'aime ce que je fais donc je le priorise parce que je l'aime. Mais là j'ai une petite fille d'un an et demi ; les données sont un peu changées maintenant. Mais pour l'instant cela a une très grande place quand même.
Là j'habite assez loin de mon travail et je commence à me poser des questions à savoir si je reste là ou pas. Je suis en train de me demander s'il ne faut pas passer le travail en deuxième position !

**Mais, en mettant de côté le côté financier ; pourriez-vous en arriver à arrêter de travailler ?**

Non (rires)…non, non. Je ne le ferai pas.

**Et cela vous apporte quoi le travail personnellement ?**

Je pense que c'est un peu une identité ; enfin d'être infirmière et même infirmière dans cette spécialité chirurgicale.
Pour moi c'est une identité aussi dans ma vie personnelle. Je ne dis pas que je ramène le travail à la maison. Par exemple là comme je me pose des questions je voudrais me rapprocher mais je n'ai pas envie de travailler dans un petit hôpital parce que je veux continuer d'être…. Il y a les grandes gardes, les autres urgences…il y a quand même des choses que l'on ne verrait pas dans les petits hôpitaux et …pour mon estime, je n'ai pas envie de finir dans un hôpital où il y a un gros train-train de petites choses et ….je pense que c'est un peu une fierté aussi d'être en chirurgie de pointe et de voir des choses un peu inhabituelles, un peu exceptionnelles.

Je pense que le service représente une identité malgré tout. Moi j'ai peur d'aller m'enfermer dans un hôpital qui est plus …tranquille ; où dès qu'il y a des choses importantes ils sont envoyés ailleurs. C'est souvent ça les petits hôpitaux de proximité et du coup je pense qu'au niveau familial ce serait beaucoup plus simple d'habiter près du lieu où je travaille mais si je ne me sens pas bien dans mon boulot je ne serai pas bien à la maison. C'est pour ça que je dis que c'est quand même une identité.

**Dans votre métier d'infirmière, quels aspects trouvez-vous le plus plaisant ?**

Moi ce qui me plait le plus …il y a la technique qui me plait beaucoup ici et le fait que ce soit un service aigu. Parce que je …les patients chroniques qu'on a là j'ai beaucoup de mal à m'en occuper. C'est une faute, on s'habitue et on passe à côté de certaines choses mais parce que ce n'est pas mon truc non plus. J'aime pas trop que cela stagne un petit peu, c'est ça ! Que ça n'avance pas. C'est pour ça que ici c'est bien, cela change beaucoup, enfin c'est sensé changer beaucoup. Mais actuellement nous avons pas mal de patients chroniques.

**Dans la technicité c'est quoi qui vous plait le plus ?**

Avant c'était les pansements et maintenant … Mais en fait c'est la technique mais pas vraiment concrètement, j'ai pas de soin particulier à citer ; c'est le fait de devoir faire plusieurs choses comme tout à l'heure (*lorsque je suis arrivée elle n'était pas en mesure de se libérer*) sur le coup j'en ai plus que marre et finalement c'est ça que j'aime bien dans ma journée : quand tout est linéaire, ça m'ennuie.

**En résumé vous aimez bien quand il y a des imprévus**

Oui sur le coup je me plains mais finalement après je suis satisfaite de ma journée. Enfin …c'est un peu débile… (Rires)

**Non, non !**

On se plaint mais on est content quand même quoi.

**Comment cela se passe avec les patients chroniques justement entre vous ? Vous tournez ? Est-ce que vous parvenez à dire aux autres « aujourd'hui je peux pas ! » ?**

Oui oui et pour cette patiente on essaie de rentrer toujours à deux parce que tout le monde en a marre et qu'au niveau médical personne ne fait rien, personne n'apporte de réponse et en attendant c'est nous qui sommes là à l'entourer et…on a l'impression que l'on fait des choses comme ça mais que l'on ne voit pas plus loin quoi.

**Vous avez un peu l'impression que les médecins la délaissent ?**

Ouais et puis on a aucune réunion par rapport à des patients comme ça et je pense que ce serait utile de se rassembler, pas que les médecins le matin, parce que nous aussi on a besoin de dire des choses et aux visites… Même le Professeur passe comme ça… enfin.

**Vous voulez dire que les médecins ne rentrent plus dans la chambre ?**

Oui et en plus elle est en isolement donc pas de chance pour elle mais c'est… Bon « elle est là, elle est encore là, elle est encore remontée de réa, à quand elle va redescendre ?... ». C'est horrible.

Et même il y a des dialogues qui sont faits avec le chirurgien, avec les familles mais nous, on est au courant par le « bouche à oreille », par les transmissions, ça sert à ça les transmissions mais ce serait bien qu'il y ait une infirmière qui soit présente ou qu'on fasse le point régulièrement parce qu'on ne sait pas ce qui est vraiment dit, ce que la famille a répondu. Enfin nous on est là « ah c'est cet là, ah non c'est celui d'avant qu'il a dit ça mais depuis il a changé d'avis… ». Ce n'est vraiment pas confortable.

**Si je comprends bien comme c'est un service aigu et qu'habituellement les choses se font de manière linéaire, là pour un patient chronique c'est moins fluide**.

C'est un peu compliqué pour les patients chroniques ; chroniques et lourds surtout. Chronique comme dans la chambre 14 ça va mais chronique comme elle : il faut y être souvent dans la chambre. Elle demande beaucoup de soins. Ce n'est pas facile avec elle et tout le monde en a vraiment marre et nous en sommes même à dire que c'est physique maintenant. C'est dur à dire mais on ne la supporte presque plus, rien qu'en la voyant on se dit « oh non ! ». C'est dingue de dire ça alors qu'on est des soignants mais bon.

**Est-ce que c'est un problème que vous avez évoqué avec les médecins ? Ou les cadres ?**

Avec les cadres je ne sais pas mais avec les médecins ça nous arrive d'en discuter comme ça mais tout le monde fait « ah oui ». C'est ça, nous ont fait des soins auprès d'elle et puis on sait pas pourquoi enfin…personne. Moi ce matin j'ai insisté pour qu'on s'arrête un peu et dire « mais on fait quoi, elle vomit toujours autant ; elle est encombré et dès qu'on l'aspire elle vomit ». C'est le cercle vicieux et lui il est resté là en disant que toutes les explorations avaient été faites mais il n'y a rien. En attendant il se passera rien.

**Du coup cela apparaît comme un aspect déplaisant de votre travail mais en ressentez-vous d'autres ?**

Oui c'est déplaisant.

Ce qui est agaçant c'est la relation avec le corps médical et parfois avec notre cadre.

**J'aimerais bien que vous m'en disiez un peu plus.**

C'est le manque de communication avec les médecins. C'est… pour certains, je ne fais pas de généralités. Pour certains on est là vraiment pour faire ce qu'il y a d'écrit et voilà et puis ce qu'il y a d'énervant quand on a des patients qui sont en… qu'on choisit de les mettre en… ce qu'ils appelle maintenant LATA (Limitation et Arrêts des Thérapeutiques Actives). Il y a très peu de… enfin il n'y a pas du tout de réunion entre médecins, infirmières, aides-soignants. Il n'y a rien ; ils font ça de leur côté, ils nous en parlent un petit peu comme ça mais leur décision est prise. Avant il n'y a rien donc… c'est quand même nous les premières à être là et auprès des familles aussi. Et… moi sur ce point de vue là quand ils mettent en LATA ou même avant qu'il y ait cette histoire de LATA , il fallait presque négocier pour qu'ils mettent une seringue de morphine ou des choses comme ça…. Ce n'est pas du tout au point mais c'est presque honteux qu'aujourd'hui on en soit là.

**Vous voulez dire qu'il n'y a pas de concertation au sein de l'équipe soignante ?**

Non et il n'y a pas de soutien non plus. Nous il y a des fois où on s'attache un peu forcément et il n'y a rien derrière quoi. On ne nous demande pas notre avis, on ne nous soutient pas enfin c'est… Des fois c'est un peu « les boules » mais bon… entre nous on s'entend bien donc ça va !

**Vous arrivez à trouver du soutien dans l'équipe ?**

Oui heureusement. On en parle entre nous.

**Comment cela se passe concrètement cette procédure** ?

Il y a une feuille détaillée où sont notés les actes que l'on peut faire et ne plus faire. Je ne me souviens même plus ce qu'il y a sur cette feuille. Elle est faite en présence d'une infirmière ; cette feuille elle est dans le dossier infirmier et après cela nous permet de savoir ce qu'il faut faire, quelles thérapeutiques arrêter voire même l'alimentation. C'est très récent.

**Il y a une infirmière référente ?**

Je ne sais pas si elle est référente. Moi j'en ai vu qu'une seule. Je sais qu'elle a été faite avec une infirmière mais je ne sais pas si elle est notée sur la feuille.

**Dans votre travail d'infirmière qu'est ce qui est le plus important au quotidien ?**

Les patients et… l'équipe mais sinon… les patients en premier et l'équipe ensuite.
Les familles des patients aussi… oui.

**Votre travail vous satisfait-il ?**

Oui mais comme là je suis en phase où j'ai un peu envie de changer, je ne suis pas totalement satisfaite.
J'ai envie de changer et j'aime toujours ce que je fais mais je sens qu'il faut que je change parce que je me lasse un petit peu de… Ce n'est pas que je banalise un peu mais presque.
Je pense qu'il y a certaines choses que je dois négliger aussi. Du coup comme je me lasse un peu je me dis que c'est là que je risque de faire des… bêtises parce que je banalise, je suis moins attentive ou… Par exemple pour cette intervention, moi j'en ai vu une seule qui s'est très mal passée remontée à l'étage, et du coup je me dis que c'est … Je suis moins attentive que pour une personne qui remonte pour cette autre intervention. C'est bête parce que je ne devrais pas faire de différences : il se passe autant de choses sauf qu'il n'y a pas de cicatrice.
Parfois je ne suis pas satisfaite parce que je suis moins patiente aussi ; je le sens que je suis moins patiente. Je me dis que parfois il suffirait que je prenne un peu plus sur moi et ce serait bon. Mais là je commence à saturer et cela m'embête un peu.

**Les « petits choses » du quotidien deviennent plus pesantes ?**
Oui c'est ça !
Même des choses avec mes collègues. Avant je m'en fichais, je passais au-dessus mais maintenant je deviens un petit peu « concon » (rires) et je m'arrête dessus car cela m'agace.

**Par exemple c'est quoi ?**
C'est des petites choses : des verres qui sont pas mis donc il faut faire des allers-retours, des pichets aussi. C'est des petites choses mais maintenant cela m'agace.
Ca je sais que c'est parce que j'en ai un peu marre.

**Cela influence aussi vos relations avec vos collègues infirmière ?**
Non car ce sont des petites choses qui ne mettent pas la vie du patient en danger. Ça m'agace.

**Mais vous vous sentez toujours bien dans l'équipe ?**

Oui, oui pour ça il 'n'y a pas de problème. C'est juste des petites choses.

Dans une chambre il vient d'y avoir la toilette et il y a encore de l'eau sur l'adaptable donc moi avant de donner mes médicaments je dois essuyer la table et ce n'est pas normal. Cela m'énerve mais avant je nettoyais sans rien dire.

**Au sein de l'unité avez-vous la sensation d'être impliquée, d'être investie ?**

Non j'avoue que sur ce point-là je ne critiquerai pas car je ne suis pas trop investie.

Je ne l'ai jamais trop été et encore moins à présent.

**D'accord**

J'ai une fois participé à l'élaboration du protocole pansement mais c'est tout. Je ne suis pas trop une meneuse…

**Trouvez-vous toujours que ce que vous faites a du sens ?**

(Long silence)

Je sais que parfois il y a des choses qu'on fait, on se demande pourquoi mais concrètement.

Je ne vois pas.

**Est-ce que votre travail correspond toujours à la conception que vous aviez du métier d'infirmière ?**

Oui pour l'instant mais je suis encore jeune donc je ne suis pas blasée.

Sept ans ce n'est pas beaucoup.

**Je reviens sur le sens du travail en étant plus positive. Au quotidien qu'est ce qui donne du sens à votre travail ?**

Le sentiment d'être utile en accompagnant les patients, en les aidant durant leur hospitalisation. Oui c'est ça. Et personnellement c'est… gratifiant. Et puis comme je le disais tout à l'heure d'avoir des journées bien remplies où je ne m'ennuie pas.

Mais je ne pose pas vraiment cette question de sens.

Ah si ! Souvent on nous prescrit des bilans sanguins, des bilans sanguins et personne ne les regarde. On se dit « mais pourquoi » ? pourquoi on nous charge comme ça à faire des bilans alors que personne ne regarde les résultats et en plus c'est quand même douloureux !
Voilà un petit truc comme ça, ça a peu de sens.

**D'accord. Maintenant j'aimerais aborder le thème de la reconnaissance au travail.**
**Le terme de »reconnaissance au travail », qu'est-ce que cela exprime pour vous ?**
La reconnaissance de qui ?

**De l'ensemble des personnes avec lesquelles vous travaillez ou que vous côtoyez.**
C'est la question qui tue…

**Je vais essayer de cibler : est-ce que vous attendez de la reconnaissance de la part des patients ?**
Je n'en attends pas spécialement mais c'est important parfois.
Si je fais quelque chose pour eux je n'attends pas qui, qui disent quelque chose de gentil ou quoi. Mais quand on en a cela fait plaisir, cela fait du bien.
De toute façon la reconnaissance cela vient à 80 % des patients… c'est… c'est sûr. Des patients et de leur famille. Après les médecins… certains, sans le dire forcément, on sent qu'ils ont confiance en ce que l'on fait donc s'ils ont confiance c'est qu'ils reconnaissent la qualité de notre travail. Après il y a des médecins qui le disent franchement qu'ils sont contents. Moi l'autre jour avec une anesthésiste qui avait beaucoup de problèmes avec les dossiers, j'ai essayé de l'aider un peu et devancer ce qu'elle allait demander. Avant de partir elle est venue me faire un bisou en me disant que c'était un vrai plaisir de travailler avec moi et cela fait plaisir quoi ! C'est pas grand-chose pourtant, je ne demande pas un bisou de tout le monde, mais déjà rien que de le dire je trouve ça sympa parce que cela me prenait aussi du temps de l'aider. On se dit bon ben on fait quelque chose et on le reconnaît ; ça c'est cool.
Mais c'est très rare

**Vous avez parfois l'impression d'être en manque de reconnaissance ?**
Ouais. Je me le dis pas tous les jours ça c'est sûr, mais en tout cas quand il y a quelqu'un qui a une attention envers nous, on se dit que ce serait bien que ce soit plus souvent quand même.

Bizarrement la reconnaissance elle vient souvent des femmes.
Je ne sais pas… (Un peu gênée)

**Oui c'est intéressant**

Avec un autre médecin qui est dermatologue, l'autre jour avec une collègue on l'a aidé à bouger un patient. Elle nous a beaucoup remercié, on se demandait pourquoi car pour nous c'était normal de l'accompagner. Mais elle nous a dit : « vous n'êtes pas mes bonnes, vous n'êtes pas obligé de m'accompagner ». Pour moi c'est normal d'accompagner un médecin qui vient pas de l'étage : on le fait venir donc il faut bien lui montrer pourquoi.
Du coup on était contente qu'elle ait reconnu ça mais c'était une femme !
Je ne sais pas si le sexe joue… peut-être.

**Si on devait aborder la reconnaissance de vos cadres, qu'en diriez-vous ?**

Je ne sais pas si vous connaissez un de nos cadres mais il est un peu « spécial ».
A nous il ne va jamais nous dire que c'est bien ou non ; il va plutôt nous faire des reproches, mais je sais que je l'ai déjà vu nous défendre et cela m'a fait du bien de l'entendre ; alors que j'étais en train de me faire engueuler, lui, il me défendait. J'étais limite contente qu'il y ait ce truc parce je me suis dit qu'en fait il reconnaît ce que l'on fait et qu'on ne peut pas tout faire ; parfois on passe à côté. Je me suis dit que finalement il a du mal à nous dire …à reconnaître en face de nous notre travail mais je sais que… il en est conscient.
C'est sa façon de fonctionner c'est comme ça mais des fois ce serait bien que l'on nous dise **vraiment ;** pas attendre qu'il y ait un conflit pour nous défendre et dire qu'on est des bonnes infirmières.
C'est ça qui m'embête un petit peu avec lui mais aussi avec elle mais elle, elle nous fait peu de reproche.

Par contre quand cela ne va pas, on sait qu'il est là et qu'on peut aller le voir et que, à moins de faire une grosse erreur il sera toujours de notre côté. C'est pour ça que l'on se dit qu'il reconnaît quand même ce que l'on fait.

**Considérez-vous que le cadre soit un membre à part entière de l'équipe soignante ?**
Je ne considère pas que ce soient des membres de l'équipe soignante puisqu'ils ne sont plus dans les soins.
(Gros silence)
Mais quand même ils s'occupent des patients …dans la gestion administrative.

**Voilà on arrive vers la fin de l'entretien, avant de conclure j'aimerais savoir s'il y a un aspect du travail que l'on n'a pas évoqué et que vous souhaiteriez aborder.**
Humm…non. Je ne pense pas.

**Moi, j'aurais peut-être une dernière question : je voudrais vous demander quel est votre rapport aux familles ?**
Ce n'est pas facile.
En fait moi j'ai beaucoup changé de ce point de vue-là. J'ai un peu changé parce que depuis que j'ai eu ma fille, j'ai plus de mal à… Par exemple les parents de Richard , je sais qu'avant je les aurais, je les aurais soutenu comme n'importe quelle personne mais maintenant je me projette un peu en tant que parent du coup. Quand je vois sa maman s'en occuper …c'est un peu dur. Mon approche des familles a beaucoup changé, mais les autres patients, quand c'est des jeunes d'une trentaine d'années qui ont un enfant ou des enfants c'est un peu plus dur maintenant.
J'ai moins de recul ; il y a plus d'affectif…
Après il y a des familles… vaudrait mieux pas qu'elles soient là, mais la plupart du temps… Sinon, j'essaie de leur expliquer les choses et vraiment les inclure, pas dans les soins car c'est délicat mais dans le suivi en les tenant au courant de la prise en charge, des soins effectués mais ce n'est pas toujours évident non plus car parfois on n'a pas trop de temps.
Ce n'est pas facile car comme tout travail d'équipe on est tellement que suivre un patient c'est dur… Là ce matin je prenais ma série, j'étais complétement à la ramasse et donc après quand il y a des familles qui viennent et qui nous parlent d'hier ou d'avant-hier, on est complétement largué.

**C'est votre premier jour-là** ?
Ouais avec que des nouveaux patients à part les chroniques.
A la visite j'ai dit que des bêtises quasiment…mais bon.

**C'est du à des mauvaises transmissions ?**

Ouais il y a eu des loupés aux transmissions et puis on n'a pas le temps au premier tour de lire toutes les transmissions non plus alors après à la visite ils te questionnent et le cadre est là, qui fait bien remarquer que l'on ne connaît pas bien nos patients.

Et les médecins qui passent à la visite et qui enlèvent les pansements qui ont été faits la veille sans demander quoi ; il dit même pas « excusez-moi ». Ca s'est …rageant.

**Dans votre discours, on a l'impression que vous considérez que les médecins ont peu de considération pour vous et votre travail.**

Oui mais franchement je pense qu'ici on n'est pas trop considéré par rapport à d'autres endroits. Quand je parle avec d'autres collègues… nous, on arrive à des discussions, au moins des dialogues. Dans des services il y a les médecins d'un côté et les infirmières de l'autre.

Je me plains parce que comme je vous l'ai dit quand ça m'énerve cela prend le dessus, voilà.

Mais ce n'est que quelques chirurgiens, les autres à coté ça va… heureusement.

(Elle regarde l'heure).

**Je crois que je vais vous libérer parce que vos collègues de l'après-midi ne vont pas tarder à arriver**.

Oui, oui.

**En tout cas, merci**.

De rien.

| BOURNAT | LAETITIA | MEAD 2013-2014 |
|---|---|---|

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master (1ère année) « management des établissements, services et organisations de santé »

# Manager par la reconnaissance, un atout pour le cadre de santé ?

**Sous la direction de : Jean- Marc SAURET**

**Institut de formation des cadres de santé Ile-de-France - Sainte Anne**
**Université Paris-Est Marne-la-Vallée**

***Résumé* :**

Les réformes successives ont transformé la culture hospitalière. Dans ce contexte d'efficience, la profession infirmière voit ses valeurs bousculées et peut s'interroger sur le sens de son travail. En outre, les missions du cadre de santé ont évolué, son rôle de manager et de gestionnaire est devenu prépondérant.

Au sein d'un même établissement, des disparités dans la stabilisation des équipes existent : le turn-over est inégal entre les différentes unités de soins. Ce constat nous amène à de multiples interrogations autour du nomadisme ou non du personnel infirmier.

En tant que future cadre de santé, nous souhaitions cerner des facteurs explicatifs à ces disparités. Ce travail d'initiation à la recherche étudie l'influence éventuelle de la posture du cadre sur l'adhésion des membres de son équipe.

L'exploration du sens du travail, de la reconnaissance et de la motivation nous a amené à formuler cette hypothèse de travail : en manifestant des signes de reconnaissance, le cadre favorise l'engagement de ses collaborateurs.

Les données de l'enquête de terrain contribuent à nourrir notre réflexion en apportant d'autres éléments, notamment sur l'interactivité entre les différents acteurs de l'équipe soignante.

***Mots clés* (thésaurus BDSP) : Cadre santé, Infirmier, Management hospitalier, Motivation, Reconnaissance professionnelle, Travail.**

***L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.***