



**EHESP**

---

**Filière Directeur des Soins**

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

---

**La motivation des cadres de santé :  
Quel lien avec la stratégie  
managériale du directeur des soins ?**

---

**Fabienne BANCHET**



---

# Remerciements

---

D'abord, il faut du temps pour se dire que, peut-être, on peut y arriver,  
Ensuite, on se rassure auprès de ceux qui disent : bien-sûr, tu peux y arriver !  
Il y a, plus tard, ceux qui vous aident à y arriver,  
Ceux avec qui on veut y arriver,  
Ceux pour qui je suis fière d'y être arrivée...

A Jeanne et Marie



---

# Sommaire

---

Introduction .....	3
<b>1 Le cadre contextuel .....</b>	<b>7</b>
1.1 Contraintes économiques croissantes et évolution de la gouvernance .....	7
1.2 Cadre de santé : une fonction intermédiaire cruciale et difficile .....	10
<b>2 Le cadre conceptuel .....</b>	<b>12</b>
2.1 La motivation .....	12
2.1.1 Définition .....	12
2.2 Les théories de la motivation .....	13
2.2.1 La pyramide des besoins : Maslow .....	13
2.2.2 La théorie ERG (ou ERD en français) .....	13
2.2.3 La théorie bi-factorielle d'Herzberg .....	13
2.2.4 La théorie de l'autodétermination .....	14
2.3 L'autonomie .....	18
2.3.1 Définition .....	18
2.3.2 Autonomie et travail .....	19
2.3.3 Les différents types d'autonomie au travail .....	20
2.4 La reconnaissance .....	21
2.4.1 Définition .....	21
2.4.2 Les enjeux de la reconnaissance .....	21
2.4.3 Les 4 dimensions de la reconnaissance .....	22
<b>3 Méthodologie de l'enquête et présentation des résultats .....</b>	<b>23</b>
3.1 Les méthodes et outils de l'enquête .....	23
3.1.1 Le choix des outils et des méthodes de recueil d'informations .....	23
3.1.2 Les lieux et la population de l'enquête .....	25
3.1.3 Les limites et points forts de l'étude .....	26
3.2 Résultats de l'enquête et analyse des contenus .....	26
3.3 Le profil des cadres de santé .....	27
3.3.1 Une majorité de femmes issue de la filière infirmière .....	27

3.3.2	Une expérience en qualité de faisant-fonction de cadre de santé presque systématique.....	27
3.3.3	Un quart de jeunes cadres parmi des cadres confirmés .....	28
3.3.4	Des projets d'avenir pour 50% d'entre-eux .....	28
3.4	Les motivations des cadres de santé .....	29
3.4.1	Devenir cadre de santé pour piloter des projets.....	29
3.4.2	La reconnaissance de l'équipe : 1 <sup>er</sup> facteur de motivation pour continuer d'exercer la fonction .....	30
3.4.3	Des facteurs humains, organisationnels et économiques qui érodent la motivation .....	33
3.5	Cadres de santé : des missions et des besoins .....	34
3.5.1	Un métier de communication .....	34
3.5.2	Une forte attente d'accompagnement par les cadres supérieurs de pôle ....	35
3.5.3	Plus de dialogue et de proximité avec le directeur des soins .....	36
4	<b>Créer les conditions favorables à la motivation des cadres de santé</b> .....	40
4.1	Développer une vision partagée du management.....	40
4.1.1	Formaliser un projet managérial .....	40
4.1.2	Associer les cadres de santé aux décisions qui les impactent .....	41
4.1.3	Faciliter la gestion des ressources humaines au sein des pôles .....	41
4.1.4	Promouvoir un management de « l'aimer-faire » .....	42
4.2	Accorder une attention particulière à la communication .....	43
4.2.1	Améliorer la circulation des informations.....	43
4.2.2	Promouvoir un partenariat fort entre les cadres de santé et les équipes médicales .....	44
4.2.3	Valoriser l'encadrement au sein de l'institution .....	46
4.3	Améliorer la qualité de vie au travail des équipes d'encadrement.....	47
4.3.1	Diversifier les organisations de travail.....	47
4.3.2	Améliorer le quotidien des agents.....	48
	Conclusion.....	50
	Bibliographie.....	52
	Liste des annexes.....	I







---

## Liste des sigles utilisés

---

CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CS	Cadre de Santé
CSS	Cadre Supérieur de Santé
CGS	Coordonnateur Général des Soins
DS	Directeur des Soins
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
IADE	Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat
IBODE	Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
MER	Manipulateur en Electroradiologie
QVT	Qualité de Vie au Travail
RTT	Récupération du Temps de Travail



## Introduction

A l'hôpital, la motivation des cadres de santé est déterminante pour le management des équipes soignantes, la mise en œuvre des politiques institutionnelles, la qualité de prise en charge des usagers et, plus généralement, pour la performance des organisations, le bien-être individuel et la réussite collective des équipes. Elle constitue donc une préoccupation majeure pour le directeur des soins qui, à défaut de pouvoir l'imposer, doit créer les conditions favorables à son développement.

*« Réfléchir sur la motivation, c'est avant tout s'interroger sur les valeurs et le sens de l'action, s'interroger davantage sur le pourquoi des choses que sur le comment<sup>1</sup> ». La motivation est, nous le verrons, intimement liée à la recherche de satisfaction de besoins qui peuvent croître de manière exponentielle dès lors qu'ils ont été satisfaits. Il s'agit donc d'un phénomène dynamique, qui évolue.*

La fonction d'encadrement, faiblement différenciée de l'activité soignante au début de son histoire, s'est progressivement autonomisée et a subi au fil des années une nette inflexion vers le management, la gestion, la rationalisation, l'organisation et la coordination des activités, dans un contexte de maîtrise médico-économique des activités hospitalières.

Si, en 2009, Mme de Singly rappelait dans son rapport sur la Mission des Cadres Hospitaliers, le rôle majeur des cadres de santé : *« maillon central », « pilier du service », « clé du changement »*, elle soulignait également la complexité de cette fonction : *« Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique. Au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle<sup>2</sup>. »*

Le rôle et la place des cadres au sein des collectifs de travail ont, en effet, été considérablement modifiés par les évolutions technologiques, la mise en place d'une logique de rationalisation au sein des établissements de santé, l'impact des normes et des attentes sociétales. Porteurs et garants de la mise en œuvre des politiques institutionnelles auprès de leurs équipes, ils sont concernés en premier lieu par la transformation des organisations de travail à l'hôpital. *« Pendant que certains investissent avec plus ou moins d'hésitation les nouveaux espaces qui leur sont ouverts, d'autres rechignent à assumer le*

---

<sup>1</sup> Comment motiver ? Xavier Montserrat, Editions d'Organisation, 2004, p 10

<sup>2</sup> Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers, Chantal de Singly, septembre 2009, p 6

*rôle qui leur est dévolu, en particulier parmi les cadres de soins qui restent proches d'une défense des valeurs du service public et du métier d'infirmière<sup>3</sup> ».*

Les conflits de valeur, le manque de reconnaissance et de visibilité du travail réel des cadres, la nécessité constante de s'adapter et d'adapter les organisations de travail semblent participer au développement du « malaise des cadres » que l'on peut observer ces dernières années. Evoqué dans le monde de l'entreprise dès 1947, celui-ci touche désormais les cadres de santé à l'hôpital et se traduit souvent par une forme de désillusion, de désengagement progressif, de baisse de la motivation et génère insatisfaction au travail et démobilitation dans la conduite des projets et le management des équipes soignantes.

Ce malaise des cadres de santé, qui touche également les plus jeunes, et dont les causes sont multifactorielles, n'est pas sans conséquence sur la performance des organisations de travail, sur la cohésion et le fonctionnement des équipes, et, in fine, sur la qualité des soins. Il constitue également un facteur de risques psycho-sociaux. Cette démobilitation des cadres de santé impacte, de manière générale, les soins et ceux qui les dispensent et fragilise les équipes (absence de contrôle, iniquité, retard dans la conduite des projets, défaut de communication entre les équipes paramédicales et médicales...).

L'ensemble de ces éléments constitue, pour le directeur des soins, une préoccupation majeure car c'est bien en amont de ce « malaise » qu'il lui faut agir pour maintenir et développer la motivation des cadres de santé.

Si les contraintes économiques et la recherche constante de la performance peuvent expliquer l'insatisfaction, le stress, que subissent les cadres de santé au quotidien, suffisent-elles à expliquer les raisons pour lesquelles certains cadres de santé se désengagent progressivement des missions qui sont les leurs ? Ces contraintes économiques hospitalières ne sont plus un phénomène récent. En effet, bon nombre de jeunes cadres de santé ont exercé leur fonction initiale dans un environnement économique contraint et non jamais connu « l'opulence » de l'hôpital des années 70 par exemple.

Par ailleurs, depuis les années 1980, le management a accordé une large place à la responsabilisation des acteurs et à l'autonomie. Ces principes managériaux, en encourageant l'engagement personnel des acteurs désormais moins soumis aux ordres, devaient favoriser l'épanouissement personnel, la créativité et l'efficacité. Or, force est de constater que bon nombre de cadres de santé ne parviennent pas, ou ne parviennent plus, à s'épanouir dans leur travail. Un dossier de la revue « Sciences Humaines » consacré au « Malaise au travail » en 2008, indique que « *plus le travail se révèle créatif, ouvert, incertain, plus l'individu s'épuise à le réinventer au quotidien... L'autonomie générerait-elle un sentiment d'insécurité ?* ». La gestion des relations humaines est, elle aussi, au cœur

---

<sup>3</sup> Les cadres de santé face à la logique managériale, Revue française d'administration publique, 2008, n°128, p 677-687

de l'activité de management et les cadres de santé, s'ils sont formés à des compétences techniques, sont assez peu préparés à la difficile tâche de gérer des problèmes humains et doivent mener « *une épuisante guerre de position* » contre les salariés de leurs équipes. Enfin, l'organisation elle-même est, selon Maurice Thévenet, professeur au CNAM<sup>4</sup> et à l'ESSEC<sup>5</sup>, déterminante pour favoriser l'implication et doit, dans ce contexte, être interrogée. Dès lors, les marges et domaines d'autonomie laissés aux cadres de santé, leur capacité à gérer les relations humaines, les organisations existantes et l'évaluation du travail qu'ils fournissent sont à explorer afin d'identifier des causes à ce malaise et favoriser la motivation de ces professionnels.

Au-delà de l'impact du contexte économique contraint sur le travail des cadres de santé, nous nous intéressons à la nature et à l'évolution de leurs motivations, aux raisons du désinvestissement qui parfois peut sembler rapide et aux réponses que nous pourrions y apporter en qualité de directeur des soins.

Le référentiel métier du directeur des soins indique que celui-ci « *anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats*<sup>6</sup> ». Le directeur des soins est également responsable des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans le cadre du projet de soins. Il a donc pour mission de fixer des objectifs à l'équipe d'encadrement et de l'accompagner dans la réalisation de ceux-ci. La motivation des cadres de santé est, là encore, nécessaire et déterminante.

L'ensemble de ces éléments nous amène alors à nous interroger sur le rôle du directeur des soins dans le développement et le maintien de la motivation des cadres de santé.

Cette problématique en soulève une autre, celle du management des cadres de santé. En effet, motivation et management sont intimement liés. Le management des cadres de santé concerne le directeur des soins mais aussi les cadres supérieurs de santé.

Notre travail devra donc s'intéresser à la ligne managériale constituée par le directeur des soins, les cadres supérieurs de santé et les cadres de proximité.

Au regard de ces problématiques, nous formulons la question de recherche suivante :

**En quoi la stratégie managériale du directeur des soins peut-elle contribuer à motiver les cadres de santé ?**

---

<sup>4</sup> Conservatoire National des Arts et Métiers

<sup>5</sup> Ecole Supérieure des Sciences Economiques et Commerciales

<sup>6</sup> Référentiel métier du directeur des soins, CNG, 2010, p 5

Les recherches bibliographiques, les observations en stage et les échanges avec des directeurs des soins et élèves directeurs des soins nous conduisent à formuler les hypothèses suivantes :

- La qualité des relations humaines avec la communauté médicale au sein des unités de soins contribue à la motivation des cadres de santé.
- La reconnaissance des cadres de santé par les supérieurs hiérarchiques (CSS et DS) est un facteur majeur de motivation chez les cadres de santé

Pour tenter de répondre à notre question de recherche et confirmer ou infirmer nos hypothèses, nous nous attacherons, dans un premier temps, à clarifier le contexte dans lequel évoluent les cadres de santé. Ensuite, nous définirons différentes notions au premier rang desquelles figure la motivation. Nous aborderons alors notre enquête et préciserons la méthodologie retenue avant de présenter les résultats obtenus. Enfin, dans la perspective de l'exercice de notre future fonction de directeur des soins, nous consacrerons la dernière partie de ce mémoire à la formalisation de préconisations qui nous semblent utiles à mettre en œuvre pour développer la motivation des cadres de santé et contribuer à leur épanouissement professionnel.

# 1 Le cadre contextuel

La fonction de cadre de santé s'est construite en parallèle des évolutions du système hospitalier et des diverses mutations de ses organisations.

Au cours de ces 50 dernières années, les réformes hospitalières associées à des contraintes économiques croissantes à l'hôpital ont fortement contribué à modifier le rôle et les missions des cadres de santé. Plusieurs éléments ou temps forts retiennent notre attention.

## 1.1 Contraintes économiques croissantes et évolution de la gouvernance

Dans les années cinquante, l'encadrement infirmier, composé des surveillantes de service de soins et des surveillantes générales de pavillon, est placé sous la double autorité du médecin-chef de service et du directeur d'établissement. Les associations professionnelles revendiquent la création d'un poste supérieur de surveillante générale qui verra le jour en 1975. Relevant du cadre A de la fonction publique, et placée sous l'autorité du directeur de l'hôpital, celle-ci organise et contrôle le service infirmier nouvellement créé.

À la fin des années soixante-dix, la hiérarchie, au sein du service infirmier comprend les surveillantes d'unités de soins, les surveillantes-chefs, et à son sommet, l'infirmière générale qui n'est alors pas encore membre de l'équipe de direction hospitalière malgré les revendications des associations professionnelles.

Les écoles qui préparent au diplôme de « cadre infirmier » se multiplient et une formation facultative est organisée pour les infirmières générales au plan national.

L'évolution de la fonction d'encadrement s'accompagne d'une modification des appellations : l'ancien terme de « surveillante » disparaît au profit de celui de « cadre infirmier ». Les activités des cadres s'orientent alors davantage vers l'animation des équipes et la gestion des ressources humaines répondant ainsi « *aux revendications d'une petite élite de la profession qui exprime ainsi la volonté de rompre avec la figure ancienne d'une maîtrise attachée au contrôle direct de l'activité de soins au profit de fonctions sociales plus prestigieuses.*<sup>7</sup> »

La fonction d'encadrement évolue<sup>8</sup>. Ainsi, la maîtrise de type traditionnel, fondée sur l'ancienneté et l'expertise technique s'efface au profit d'un encadrement de type

---

<sup>7</sup> La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, Isabelle Feroni, Anémone Kober-Smith, Revue française de sociologie 2005/3 (Vol. 46), p 476

<sup>8</sup> Cf annexe II

gestionnaire axé également sur l'évaluation des professionnels et l'évaluation des pratiques dans le cadre du développement de la démarche qualité.

Dès le milieu des années 80, un encadrement et une réduction des dépenses hospitalières s'opèrent avec une augmentation progressive des contraintes économiques à l'hôpital.

Jusqu'alors financés par « le prix de journée », les établissements publics de santé voient leur mode de financement modifié par la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 et son décret d'application n° 83-744 du 11 août 1983 qui mettent en œuvre la dotation globale de financement et instaurent le forfait journalier à la charge de l'assuré. Cette réforme suscite une forte demande de qualification gestionnaire de la part des directeurs d'établissements hospitaliers et des pouvoirs publics. La formation des cadres de santé en « écoles de cadres » se généralise et est particulièrement orientée vers la gestion et le management. Elle commence à se compléter également d'un cursus universitaire, répondant ainsi aux « aspirations promotionnelles de la profession, soucieuse d'inscrire sa formation initiale et supérieure dans le champ universitaire.<sup>9</sup> »

*« L'encadrement des dépenses hospitalières se traduit dès le milieu des années quatre-vingt par la mise en place de budgets hospitaliers globaux et par le développement de systèmes d'information médicalisés à des fins de gestion et d'évaluation. L'application d'un modèle de management importé du secteur privé... s'accompagne d'une plus grande responsabilisation économique des directeurs hospitaliers et d'un discours entrepreneurial axé sur la performance et les gains de productivité. L'irruption massive de problématiques économiques à l'hôpital entraîne un mouvement général de délégation budgétaire qui se répercute en cascade sur les personnels et l'encadrement. Pendant que des économies sont réalisées sur l'ensemble des postes de dépense, rationalisation de l'activité et formalisation du travail sont fortement encouragées...<sup>10</sup> »*

Les ordonnances de 1996 accélèrent les restructurations et confèrent à l'encadrement une responsabilité dans la maîtrise des dépenses de santé, dans l'évaluation de la qualité, dans le développement de réseaux.

Les années 2001 et 2002 voient l'absorption des dernières surveillantes dans le corps diplômé des cadres de santé, marquant ainsi la disparition de la promotion à l'ancienneté des infirmières.

En novembre 2002, Le plan « Hôpital 2007 », annoncé en conseil des ministres, vise à moderniser l'hôpital qui connaît alors un profond malaise : mauvaises conditions de travail à l'hôpital, évolution de la démographie médicale, transformation des attentes des patients

---

<sup>9</sup> La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, Isabelle Feroni, Anémone Kober-Smith, Revue française de sociologie 2005/3 (Vol. 46), p 479

<sup>10</sup> Ibid, p 477



et des pathologies, intensité des progrès technologiques... (cf Rapport Piquemal, Mission nationale d'évaluation de la mise en place de la R.T.T. dans les établissements de santé, novembre 2002). Au travers de ce plan, l'Etat propose de soutenir l'investissement hospitalier et d'assouplir et moderniser l'organisation des hôpitaux publics en desserrant le « *carcan des contraintes : gestion interne des hôpitaux, régime budgétaire et comptable, culture du résultat et de la qualité, contractualisation...*<sup>11</sup> ». La création des pôles d'activité en 2005, consacrée en 2009 par la Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009, vient réformer le management et la gouvernance en milieu hospitalier autour d'un principe de subsidiarité (déconcentration de la décision au plus près de la personne concernée, introduction d'un mode de gestion autour de 3 acteurs : le chef de pôle, le cadre de pôle et l'assistant administratif). Cette réforme de l'organisation hospitalière qui « *promeut l'organisation en pôles de l'activité médicale, confirme l'affaiblissement du sommet de la hiérarchie infirmière tout en consolidant la position intermédiaire des cadres de santé*<sup>12</sup> ». Cette organisation nécessite collaboration, coordination et coopération entre les différents acteurs de santé (soignants, médecins), dans et hors l'établissement : à cette fin, transversalité et acquisition d'une culture commune de pôle sont indispensables.

Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la tarification à l'activité (T2A) devient progressivement le mode de financement des établissements de santé. Elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses. Ce mode de financement « *privilégie les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens*<sup>13</sup> ». Le budget s'appelle désormais l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD).

Enfin, la mise en place des GHT rendue obligatoire par loi de modernisation de notre système de santé promulguée en janvier 2016 modifie considérablement les organisations et la gouvernance hospitalières au sein des territoires et, de facto, les organisations managériales. « *Le GHT ne donne pas uniquement accès à des compétences médicales : il permet au patient de bénéficier d'un parcours de soins global, impliquant d'autres prises en charge et d'autres professionnels... Apporter un tel service aux patients passe nécessairement par de nouvelles formes d'organisation au sein même des hôpitaux : des protocoles spécifiques, impliquant tous les acteurs de la prise en charge, donc aussi bien les médecins que les professionnels paramédicaux, sont ainsi déployés dans les établissements pour engager ces transformations... Les GHT ont effectivement vocation à*

---

<sup>11</sup> Historique des réformes hospitalières en France, IRDES.fr, avril 2015, p 13

<sup>12</sup> La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, Isabelle Feroni, Anémone Kober-Smith, Revue française de sociologie 2005/3 (Vol. 46), p 479

<sup>13</sup> Historique des réformes hospitalières en France, irdes.fr, avril 2015, p 14

*transformer les métiers de managers hospitaliers, qu'il s'agisse des managers directeurs, des managers médicaux ou des managers paramédicaux<sup>14</sup>».*

## **1.2 Cadre de santé : une fonction intermédiaire cruciale et difficile**

Dans un contexte économique particulièrement contraint et face aux exigences croissantes en termes de qualité et de sécurité des soins, la capacité des managers à mettre en place les nouveaux dispositifs au sein des unités, mais aussi et surtout à piloter et à donner du sens au changement est déterminante. Les évolutions dans le domaine du soin et des prises en charges soignantes affectent l'organisation et le fonctionnement des unités et des pôles. *« La question la plus délicate est de trouver l'équilibre entre contraintes médico-économiques pesant sur les moyens et les exigences qualitatives et quantitatives des soins immédiatement consommatrices en moyens (notamment humains<sup>15</sup>) ».*

Les cadres de santé doivent, dans ce contexte, développer de solides compétences relationnelles, organisationnelles mais aussi des compétences dans le management des équipes, la conduite de projet et la conduite du changement. En effet, à l'hôpital, la recherche constante d'efficacité nécessite un recentrage de l'activité de cadre de santé de proximité sur le management d'équipe et l'organisation du service. *« Ce recentrage est induit tant par le déploiement du système d'information et la recherche systématique d'efficacité que par l'évolution de l'offre et des pratiques de soins ou des techniques médicales. Le cadre de santé doit pouvoir s'abstraire de la gestion quotidienne (plannings...) pour s'attaquer à l'organisation et l'optimisation des moyens humains et équipements, tout en répondant aux exigences en matière économique, qualité, risques et sécurité<sup>16</sup>».* Aujourd'hui, les compétences relationnelles, organisationnelles, managériales mais aussi les compétences en gestion ne sont plus seulement souhaitables mais bien indispensables pour conduire les réformes hospitalières et mettre en œuvre les politiques institutionnelles.

*« On comprend dès lors l'importance de cette fonction d'encadrement vis-à-vis des réformes en cours à l'hôpital. Car c'est elle qui fait le lien concret, quotidien, entre les directives reçues des directions générales et des responsables d'unité et le travail au jour le jour. C'est elle qui fait la « traduction » entre le caractère général et parfois abstrait des directives et les caractéristiques des personnels encadrés et des situations singulières locales. En ce sens, l'encadrement n'est pas une « courroie de transmission » mais bien un traducteur et un interprète, qui doit savoir adapter des principes généraux à des situations particulières, ceci de façon souvent très « personnelle » : la manière dont*

---

<sup>14</sup> Entretien avec Marisol Touraine, Soins Cadres, septembre 2016, n°99, p 5-7

<sup>15</sup> Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, tome 2, ENSP, 2007, p 143

<sup>16</sup> Ibid p 146

*l'encadrement se positionne lui-même par rapport aux réformes, et est (ou n'est pas) intimement convaincu de leur bien-fondé, joue un rôle décisif dans la façon dont il tentera (ou ne tentera pas) de convaincre celles et ceux qu'il encadre. Cette position, intermédiaire par définition, fait que les cadres sont pris dans des contradictions, des conflits de loyauté et de « malaise » si récurrents qu'on peut les dire constitutifs de leur position spécifique<sup>17</sup> ».*

L'encadrement doit en effet concilier une stagnation des moyens, une profusion de normes, d'exigences en termes de sécurité et de qualité des soins, une évolution des besoins et des attentes des personnes soignées mais aussi des professionnels placés sous sa responsabilité. Il lui faut être réactif, créatif, efficace et fiable. *« C'est ainsi que la gestion du stress devient une dominante dans l'activité de l'encadrement, les cadres vivants eux-mêmes des situations épuisantes<sup>18</sup> »*

Les cadres de santé sont les témoins privilégiés des évolutions du monde hospitalier. Ils participent à la vie institutionnelle, prennent la mesure des changements à conduire, en évaluent tous les jours les difficultés et les retombées sans toutefois prendre une part active aux décisions. Ainsi, en 2009, le rapport final sur la « Mission Cadres Hospitaliers » pilotée par Chantal de Singly indiquait :

*« S'il est un point fort et largement exprimé par les cadres, c'est la demande d'être pleinement reconnus comme cadre. C'est-à-dire comme des acteurs capables de décider dans un champ de responsabilités bien identifié et d'apporter leur contribution à la construction de la stratégie, capables de s'engager sur des objectifs à atteindre, qui bénéficient du soutien de leur hiérarchie pour y parvenir, qui sont évalués sur l'atteinte de ces objectifs<sup>19</sup> ».*

L'ensemble de ces éléments explique en partie le « malaise des cadres » souvent évoqué aujourd'hui. Celui-ci, nous le voyons, est multifactoriel, *« dépassant largement les restrictions budgétaires trop souvent avancées comme cause de tous les maux, il fait figure de symptôme du malaise d'un hôpital qui a plus évolué en quatre décennies qu'en quatre siècles.<sup>20</sup> »*

---

<sup>17</sup> Rapport final de la « Mission Cadres Hospitaliers », Chantal de Singly, septembre 2009, p 21

<sup>18</sup> Le malaise des cadres hospitaliers, Clara de Bort, Serge Foursans, Revue hospitalière de France, n°490, janvier-février 2003, p 54

<sup>19</sup> Rapport final de la « Mission Cadres Hospitaliers », Chantal de Singly, septembre 2009, p 19

<sup>20</sup> Le malaise des cadres hospitaliers, Clara de Bort, Serge Foursans, Revue hospitalière de France, n°490, janvier-février 2003, p 54

## 2 Le cadre conceptuel

### 2.1 La motivation

#### 2.1.1 Définition

Il existe, dans la littérature, une abondance de théories qui tentent de rendre compte de la motivation. Nous n'en retiendrons ici que les plus utilisées. La plupart du temps, motivation et satisfaction sont intimement liées.

La motivation se définit comme « *le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes reproduisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la pertinence du comportement*<sup>21</sup> ».

Nous nous attacherons ici à développer plus particulièrement le concept de motivation au travail qui se définit comme « *un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus*<sup>22</sup> ».

On distingue 4 éléments constitutifs de la motivation<sup>23</sup> :

A) Le déclenchement du comportement :

C'est le passage de l'absence d'activité à l'exécution de tâches nécessitant une dépense d'énergie physique, intellectuelle ou mentale. La motivation fournit l'énergie nécessaire pour effectuer le comportement.

B) La direction du comportement :

La motivation dirige le comportement dans le sens qu'il convient, c'est-à-dire vers les objectifs à atteindre. Elle est la force incitatrice qui oriente l'énergie nécessaire à la réalisation des buts à atteindre et les efforts pour réaliser de son mieux, selon ses capacités, le travail qui est attendu.

C) L'intensité du comportement :

La motivation incite à dépenser l'énergie à la mesure des objectifs à atteindre. Elle se manifeste par le niveau des efforts physiques, intellectuels et mentaux déployés dans le travail.

---

<sup>21</sup> Introduction à la psychologie de la motivation, R.J Vallerand, E. E Thill, Editions études vivantes, 1993, p 533-581.

<sup>22</sup> La motivation au travail, concept et théories, Patrice ROUSSEL, LHIRE Université de Toulouse I, Sciences sociales, note 326, octobre 2000

<sup>23</sup> Ibid p 4

D) La persistance du comportement :

La motivation incite à dépenser l'énergie nécessaire à la réalisation régulière d'objectifs, à l'exécution fréquente de tâches pour atteindre un ou plusieurs buts. La persistance du comportement se manifeste par la continuité dans le temps des caractéristiques de direction et d'intensité de la motivation.

## **2.2 Les théories de la motivation**

### **2.2.1 La pyramide des besoins : Maslow**

Avec la théorie des besoins développée par Maslow en 1943, la motivation est envisagée comme provenant de la volonté de satisfaire un certain nombre de besoins. Maslow observe que l'individu hiérarchise ses besoins et cherche à les satisfaire selon un ordre de priorité croissante : (1) besoins physiologiques, (2) besoins de sécurité, (3) besoins d'amour (de rapports sociaux, d'affection, d'appartenance à un groupe), (4) besoins d'estime, de reconnaissance, (5) besoins de réalisation de soi ou d'actualisation de soi (de progresser, de se développer, de s'épanouir). La motivation à assouvir un type de besoin se prolonge tant que l'individu n'est pas parvenu à le satisfaire. Lorsqu'il arrive à ses fins, il trouve comme nouvelle motivation le désir de satisfaire une nouvelle classe de besoin, et ainsi de suite jusqu'au cinquième niveau de la hiérarchie, celui du besoin de réalisation de soi.

### **2.2.2 La théorie ERG (ou ERD en français)**

A partir de la théorie de Maslow, une autre théorie a été développée en référence directe au monde du travail : la théorie ERG (Existence, Relatedness and Growth ; Aderfer, 1969) ou ERD. Cette théorie suggère que la motivation de l'individu est provoquée par la nécessité de satisfaire trois types de besoins : les besoins d'existence (E), les besoins de rapports sociaux (R) et les besoins de développement personnel (D). Elle postule que chaque besoin peut agir simultanément et qu'ainsi, la motivation est dépendante de l'intensité du besoin, elle-même liée au degré de satisfaction personnelle (plus la personne est satisfaite, moins le besoin sera intense). Cette théorie propose une échelle de besoins classés en trois catégories sur un continuum allant du plus concret (besoins d'existence) au plus abstrait (besoins de développement personnel).

### **2.2.3 La théorie bi-factorielle d'Herzberg**

La théorie bi-factorielle d'Herzberg développée à la fin des années 50 postule que la motivation est suscitée par la recherche d'une satisfaction optimale de certains besoins. Elle distingue deux catégories de facteurs en milieu de travail qui interviennent dans le mécanisme de la motivation. La première catégorie regroupe des facteurs qui auraient la capacité d'apporter de la satisfaction aux employés : les accomplissements (réalisation d'un travail bien fait), la reconnaissance des accomplissements, le travail proprement dit (objet

du travail), la responsabilité, la promotion ou avancement, la possibilité de développement. La seconde catégorie regroupe des facteurs qui n'auraient pas la capacité d'apporter de la satisfaction, au mieux ils susciteraient de l'indifférence mais pourraient aussi générer de l'insatisfaction. Ce sont des facteurs d'hygiène, de maintenance ou d'ambiance – nécessaires au bon équilibre mental de l'individu. Ces facteurs d'hygiène sont : le supérieur hiérarchique, la politique et l'administration de l'entreprise, les conditions de travail, les relations avec les collègues, les subordonnés et les supérieurs, le prestige, la sécurité de l'emploi, la rémunération, les facteurs de vie personnelle. Herzberg et ses collaborateurs observent que les facteurs de motivation se rapportent essentiellement au contenu du travail. Ils indiquent que les facteurs de motivation peuvent produire de la satisfaction, ou, dans le pire des cas, de la non satisfaction mais ne sont pas à l'origine de l'insatisfaction. A l'inverse, les facteurs d'hygiène peuvent générer de l'insatisfaction chez une personne. Herzberg distingue deux catégories de besoins : les besoins physiologiques, associés aux facteurs d'hygiène, et les besoins psychologiques, associés aux facteurs de motivation. « Cette analyse le conduit à poser les principes de base du concept de l'enrichissement du travail : pour motiver un employé dans son travail, les éléments correspondant aux facteurs de motivation doivent être incorporés dans la configuration de l'emploi afin de l'enrichir.<sup>24</sup> »

#### **2.2.4 La théorie de l'autodétermination**

La théorie de l'autodétermination, largement utilisée, trouve son origine dans la pensée d'Aristote pour qui l'Homme est naturellement orienté vers le développement de ses potentialités. Ses concepts majeurs sont la motivation intrinsèque, la motivation extrinsèque et l'amotivation. Il s'agit d'une approche qualitative de la motivation qui s'intéresse à la question suivante : « pourquoi faites-vous des efforts ? » et non pas « vous sentez-vous capable de faire suffisamment d'efforts pour... ? »

##### A) La motivation intrinsèque (autodéterminée) :

Les théories de la motivation intrinsèque ont été développées au cours des années 70-80. Celles-ci comparent la motivation à des forces qui incitent à effectuer des activités volontaires, par intérêt pour ces activités et pour le plaisir et la satisfaction personnelle que l'on en retire (Deci et Ryan, 1971, 1975, 1985)<sup>25</sup>. D'autres auteurs (Ackman et Oldham, 1975, 1976, 1980)<sup>26</sup> postulent que la motivation, la satisfaction, la productivité comme la persistance dans un emploi dépendent du fait que cet emploi permette une certaine

---

<sup>24</sup> La motivation au travail, concept et théories, P. Roussel, note 326, octobre 2000

<sup>25</sup> Les aspects intrinsèques de la motivation et de la satisfaction au travail et leur lien supposé avec la performance au travail. Daniel GILIBERT, Isabelle GILLET, Caroline PERRIN, Carrièreologie, vol. 11, 2008

<sup>26</sup> Ibid

autonomie, une activité porteuse de sens (variétés des compétences impliquées, tâche identifiable ayant une utilité), et une perception de son efficacité.

Les motivations intrinsèques semblent associées à la mise en œuvre spontanée et autodéterminée d'activités d'apprentissage sans qu'il soit nécessaire d'utiliser un système de récompenses extrinsèques (liées à la satisfaction que l'on peut avoir à obtenir une récompense provenant de l'extérieur ou aux conséquences de cette récompense pour l'image de soi et les objectifs personnels).

Un emploi peut générer une motivation interne élevée lorsqu'il répond à certains besoins de l'individu : le besoin de se considérer responsable des résultats de son travail (il dispose alors d'une marge d'autonomie dans ce travail), le besoin de ressentir que son travail a du sens et le besoin d'avoir connaissance des résultats du travail fourni (intérêt du feed-back). Les facteurs situationnels joueraient un grand rôle comme déterminants de la motivation intrinsèque. En effet, *« si le contexte de travail amène l'individu à se sentir responsable de son comportement, à assumer les choix qu'il effectue, à développer son autonomie dans ses actes, il percevra un locus de causalité interne et un sentiment d'autodétermination. Enfin, lorsque ce contexte de travail renvoie vers l'individu un feed-back positif sur ses réalisations, ses performances, il renforce son sentiment de compétence et par conséquent sa motivation intrinsèque.<sup>27</sup> »*

#### B) La motivation extrinsèque (contrôlée) :

La motivation extrinsèque est, de manière réductrice, considérée comme l'inverse de la motivation intrinsèque. Elle émerge de facteurs externes à l'individu (ex : salaire, avantages sociaux, conditions de travail...), elle est liée à la satisfaction que l'on peut avoir à obtenir une récompense provenant de l'extérieur ou aux conséquences de cette récompense pour l'image de soi les objectifs personnels.

Elle se subdivise en 4 régulations (ou formes de motivation) :

*La régulation externe* : s'observe lorsqu'un individu agit pour obtenir des récompenses, parce qu'il est surveillé ou qu'il cherche à échapper à des conséquences négatives.

*La régulation introjectée* : s'observe lorsqu'un individu agit pour éviter de se sentir coupable vis-à-vis de lui-même ou vis-à-vis d'autrui.

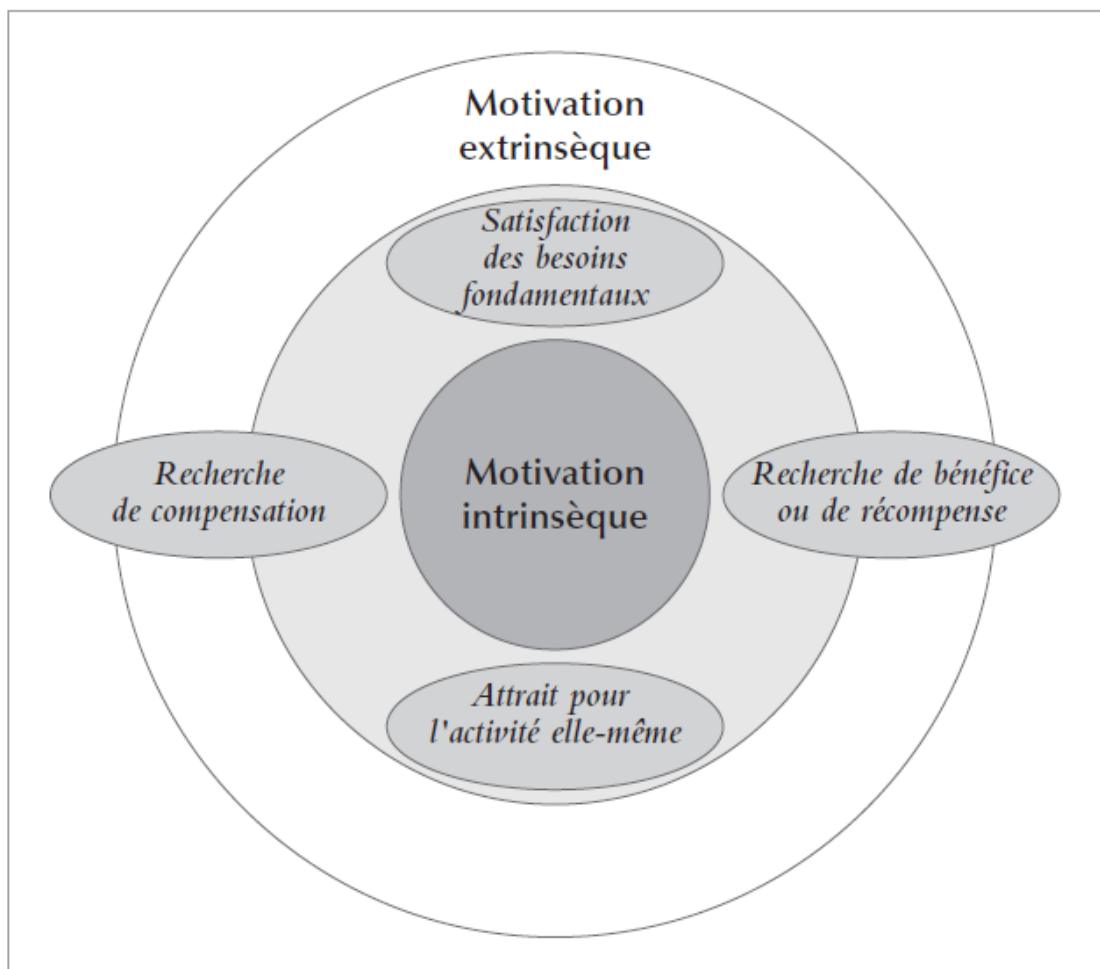
*La régulation identifiée* : s'observe lorsqu'un individu agit parce que les valeurs sous-jacentes au comportement sont importantes pour lui.

*La régulation intégrée* : s'observe lorsqu'un individu adopte volontairement un comportement qu'il juge en harmonie avec son identité et ses valeurs, et parce que ce comportement lui permet d'atteindre d'autres buts importants.

---

<sup>27</sup> La motivation au travail, concept et théories, P. Roussel, note 326, octobre 2000, p 7

Patrice ROUSSEL, professeur à l'Université des Sciences Sociales de Toulouse, indique que « le climat de travail est un déterminant essentiel de la motivation. Les relations entre les employés et avec l'encadrement, le type de management exercé, l'ampleur de la charge de travail sont autant d'éléments qui influencent la motivation et qui dépendent de choix des politiques de ressources humaines... Un second déterminant essentiel (Blais et al., 1993 ; El Akremi, 2000) est la configuration des emplois... Les emplois qui laissent une autonomie de décisions, des possibilités de choisir, d'exercer ses compétences, de les développer, qui offrent des possibilités de feed-back sur les compétences, sur l'origine du comportement de l'employé détiendraient les plus forts potentiels de motivation.<sup>28</sup> »



*La sphère de la motivation selon X. Montserrat<sup>29</sup>*

<sup>28</sup> La motivation au travail, concept et théories, P. Roussel, note 326, octobre 2000, p 16

<sup>29</sup> Comment motiver ? X. Montserrat, Editions d'Organisation, 2004



### C) L'amotivation

L'amotivation renvoie à l'absence de motivation intrinsèque et extrinsèque. L'amotivation apparaît comme un état dans lequel l'individu n'agit pas du tout ou avec passivité en se laissant porter par les choses sans y voir de sens et sans volonté. L'amotivation résulte de la non perception d'un lien entre le comportement et les résultats produits dans l'environnement, d'un faible sentiment de « contrôle » sur l'environnement, d'une non attribution de valeur à l'activité dans laquelle le sujet prend part. L'amotivation peut avoir des conséquences affectives (baisse de l'estime de soi, désespoir), cognitives (baisse des efforts de réflexion, d'analyse) et comportementales négatives (baisse de l'engagement et des performances).

La théorie des besoins fondamentaux est plus récente. Elle s'est développée dans les années 1995 et a été formulée pour clarifier le rôle des besoins psychologiques fondamentaux que sont les besoins d'autonomie, d'affiliation, de compétence.

Ces besoins psychologiques sont qualifiés de fondamentaux dans la mesure où, comme les besoins physiologiques (manger, dormir, boire), ils contribuent au bien-être et à la santé. Leur frustration ou leur non satisfaction nuit au développement de l'individu. Lorsque l'environnement permet la satisfaction de ces besoins fondamentaux, la motivation autodéterminée apparaît. Lorsque ces besoins sont frustrés par l'environnement, des conséquences inverses sont observées.

- Le besoin d'autonomie

Il fait référence au besoin des individus de pouvoir faire des choix et de se sentir à la base de leurs comportements. Lorsque les individus agissent avec autonomie, ils manifestent de l'intérêt pour leurs actions et y expriment leurs valeurs. La possibilité d'exprimer ses intérêts et ses valeurs dans une activité est fondamentale pour que la motivation autodéterminée apparaisse. Lorsque l'autonomie est entravée, la motivation autodéterminée au sein de l'activité se dégrade.

- Le besoin d'affiliation

Le besoin d'affiliation fait référence au besoin des individus de se sentir en relation avec l'autre, de prendre soin d'autrui autant qu'autrui prend soin d'eux, de se sentir membre d'un groupe social et d'être reconnu comme tel par les membres du groupe. En d'autres termes, c'est la sécurité relationnelle qui est recherchée par les individus au travers de ce besoin d'affiliation.

- Le besoin de compétence

Le besoin de compétence fait référence au besoin des individus de se sentir efficaces et de contrôler leur environnement social en utilisant leurs capacités. Elle renvoie à un sentiment

d'efficacité et de confiance dans l'action. Quand l'individu se sent compétent dans ce qu'il fait, la motivation autodéterminée augmente (et inversement). La recherche de la satisfaction du besoin de compétence pousse les individus à se confronter à des défis qui ne doivent être ni trop difficiles, ni trop faciles pour que l'individu puisse dépasser sa zone de confort et développer ses capacités.

### *La spirale de la motivation*



## 2.3 L'autonomie

### 2.3.1 Définition

Le concept d'autonomie est la capacité de se gouverner selon ses propres règles et signifie « qui ne dépend que de soi », ce qui renvoie à la notion de pouvoir. L'autonomie est ce qui dépend de notre pouvoir, de notre capacité de choisir et de juger, mais aussi de l'exercice du pouvoir sur les autres. L'autonomie est aussi l'obéissance à cette règle de pouvoir

disposer de soi-même, ce qui signifie que chaque entité, pour être autonome, est contrainte de reconnaître, dans l'autonomie de l'autre entité, la condition de sa propre autonomie. Dès lors, l'autonomie n'est plus seulement la capacité pour un individu d'affirmer ses propres règles, mais un principe de relation partagée, une sorte d'idéal à atteindre auquel ils se soumettent.

### 2.3.2 Autonomie et travail

En sociologie, la notion d'autonomie est controversée, voire paradoxale. Pour les uns (Bourdieu, Naville), elle est impropre pour penser le social : l'aliénation, la domination ou la surveillance remplacent alors dans l'argumentation la notion d'autonomie. L'aliénation par le travail sert à affirmer l'impossibilité d'autonomie du sujet, car le travail dépossède l'individu de l'objet de son travail et le prive du sens de son action en le dessaisissant de tout ce qu'il a engagé dans l'action. Pour d'autres comme Crozier par exemple, l'autonomie est inaliénable et est une caractéristique essentielle de l'action humaine.

Dans le domaine de la sociologie du travail, l'autonomie peut être présentée selon 3 conceptions fondées sur la résistance, le pouvoir ou le contrôle du processus normatif.

#### A) Conception fondée sur la résistance :

Friedman montre que, quelles que soient les contraintes issues de la division du travail, le travailleur garde de l'autonomie définie en termes de compétence, de conscience, de stratégie. Ici, le travailleur n'est pas un sujet passif, courbé sous le poids de la domination, mais le produit de ses conditions de vie au travail qui réduisent le travailleur, sans pour autant que celui-ci ne cesse d'être une personne.

#### B) Conception fondée sur le pouvoir :

L'autonomie est la capacité stratégique d'affirmer ses choix. Crozier et Friedberg indiquent que l'homme est « *un agent autonome qui est capable de calcul et de manipulation et qui s'adapte et qui invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires* ». L'autonomie est « *cette capacité de se conduire selon ses propres règles inventées en marge ou contre le système de règles officielles : cette notion d'autonomie est liée à la notion d'acteur rationnel et stratégique, mais aussi au refus de tout déterminisme*<sup>30</sup> ».

#### C) Conception fondée sur le contrôle du processus normatif :

Reynaud considère que « *les individus agissent en exerçant leur autonomie, tant pour échapper à la dépendance du système hétéronome de contrôle, que pour tenter de*

---

<sup>30</sup> Autonomie et travail, Gilbert de Terssac, dictionnaire du travail, PUF, 2012, p 47-53

*contrôler le dispositif normatif et d'affirmer par leur jugement et leurs décisions leur prétention à poser des règles <sup>31</sup> ».*

Des phénomènes de « transgression des règles au travail » sont souvent observés. Ces transgressions renvoient d'une part, à la relation entre la hiérarchie et les subordonnés et, d'autre part, à la « di-vision » entre l'action et la description de l'action. Cet écart pourrait être interprété comme la zone d'autonomie dont dispose le travailleur. Néanmoins, *« l'existence de l'autonomie dans le travail fait l'objet d'une controverse sur fond de divergence dans la manière de concevoir l'autonomie : pour les uns, il est impossible de parler d'autonomie dans le travail, dès lors que l'activité professionnelle s'exerce dans le cadre de relations de travail qui sont des relations de subordination ou dans un univers organisé, contrôlé et structuré par des règles. Pour les autres, l'autonomie est liée à l'action et quelles que soient les contraintes, elles ne jouent jamais comme un déterminisme : l'individu garde toujours son autonomie ».*

### **2.3.3 Les différents types d'autonomie au travail**

On distingue 3 types d'autonomie :

A) L'autonomie requise :

Elle désigne *« les marges de manœuvre octroyées ou les degrés de liberté dont dispose l'individu à son poste de travail : l'autonomie est alors synonyme de « contenu discrétionnaire actuel ou potentiel des postes de travail <sup>32</sup> »*

B) L'autonomie conquise :

Elle désigne la capacité de modifier les normes de travail. Dans certains cas, l'autonomie consiste à « ne pas se laisser faire » et à lutter contre les normes imposées par l'encadrement ; dans d'autres cas, c'est accepter de participer au travail d'organisation en fixant des contraintes de rendement qui vont bien au-delà de ce qui a été négocié. Dans les deux cas, il s'agit d'affirmer son autonomie et son pouvoir d'agir sur les normes.

C) L'autonomie apprise :

C'est la production des règles.

---

<sup>31</sup> Autonomie et travail, Gilbert de Terssac, dictionnaire du travail, PUF, 2012, p 47-53

<sup>32</sup> Ibid

## 2.4 La reconnaissance

### 2.4.1 Définition

Selon le Larousse, la reconnaissance signifie l'action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose mais c'est aussi un sentiment qui incite à se considérer comme redevable envers la personne de qui on a reçu un bienfait. La reconnaissance s'apparente alors ici à de la gratitude.

La reconnaissance apparaît comme indispensable à tout être humain car c'est par la reconnaissance de l'autre que le sujet prend conscience de sa propre existence.

La demande de reconnaissance est devenue une composante essentielle de la vie au travail et en particulier de la qualité de vie au travail. Elle touche toutes les professions. Elle peut prendre la forme de revendications salariales, de statuts ou une forme plus symbolique au travers « *d'une demande plus générale et plus diffuse qui porte sur la personne elle-même, le respect et la « dignité » que chacun estime dus.*<sup>33</sup> »

### 2.4.2 Les enjeux de la reconnaissance

Christophe Dejournès considère que la reconnaissance représente une rétribution attendue par le sujet, principalement dans le registre du symbolique. Celui-ci souligne que la reconnaissance passe par deux types de jugement :

#### A) Le jugement d'utilité

Il porte sur l'utilité sociale, économique et technique du travail de l'employé. Ce jugement d'utilité est émis par les supérieurs hiérarchiques mais aussi par les collègues. L'auteur indique que ce jugement d'utilité a un impact direct sur la satisfaction et la motivation au travail.

#### B) Le jugement de beauté

Il consiste à reconnaître la qualité du travail réalisé et les efforts fournis par la personne. Ce jugement de beauté comporte 2 niveaux :

- Le niveau de conformité (le travail est réalisé conformément aux règles établies. Cette appréciation permet à l'employé de se sentir intégré et de développer un sentiment d'appartenance) ;
- Le niveau d'originalité qui permet à l'employé d'être reconnu pour son style particulier, son ingéniosité. Il est alors reconnu dans son unicité sur le plan professionnel et c'est ce qui lui permet, selon l'auteur, d'accéder à l'identité, c'est-à-dire de se considérer comme un être unique.

---

<sup>33</sup> La reconnaissance au travail, Jean-Pierre BRUN, Les grands dossiers des sciences humaines, « malaise au travail », n°12, automne 2008

### 2.4.3 Les 4 dimensions de la reconnaissance

#### A) La reconnaissance de la personne :

Il s'agit d'une conception existentielle et humaniste qui s'intéresse aux individus en tant qu'êtres singuliers. Cette reconnaissance s'exprime en termes de relations (saluer ses collègues, consulter les agents avant de prendre une décision...). Le salarié est ici reconnu comme une personne importante au sein de l'organisation.

#### B) La reconnaissance des résultats :

Il s'agit d'une approche comportementale qui s'intéresse aux résultats effectifs, observables, mesurables et contrôlables au travail. Les modes de reconnaissance, dans ce contexte, sont plus concrets et plus directs (primes, courrier de remerciement, gratifications diverses...)

#### C) La reconnaissance de l'effort :

Cette conception de la reconnaissance porte sur l'effort, l'engagement et les risques encourus et non pas exclusivement sur les résultats obtenus. Elle prend en compte les motivations et l'équilibre psychique de l'individu. La reconnaissance de l'effort, de l'investissement, s'exprime par des remerciements pour le travail accompli. Dans ce contexte, la délégation peut être un signe de reconnaissance et de confiance.

#### D) La reconnaissance des compétences :

Elle s'inscrit dans une perspective éthique et s'intéresse aux compétences de l'individu, aux responsabilités individuelles, à l'attention que l'individu porte à autrui et prend également en compte les valeurs et les principes moraux qui guident une organisation. La pratique de cette reconnaissance porte surtout sur la manière d'exécuter le travail. Elle conduit à souligner la qualité d'un travail bien fait, à valoriser la créativité, l'innovation ou l'autonomie.

Selon Jean-Pierre BRUN, « *la reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser le développement et contribuer à leur santé et à leur bien-être. Elle constitue également une alternative constructive aux approches managériales orientées vers le contrôle et la surveillance.*<sup>34</sup> »

La reconnaissance s'exprime dans les rapports humains au quotidien et traduit « *un jugement porté sur les pratiques professionnelles des salariés au quotidien ainsi que sur l'engagement personnel et la mobilisation collective. Elle consiste en une évaluation et une*

---

<sup>34</sup> La reconnaissance au travail, Jean-Pierre BRUN, Les grands dossiers des sciences humaines, « *malaise au travail* », n°12, automne 2008

*célébration des résultats produits par les employés et valorisés par l'organisation.* <sup>35</sup>». La reconnaissance consiste donc à « *considérer tout individu tel qu'il est, à lui accorder la dignité et la valeur qu'il a en tant que partie active du système* <sup>36</sup>».

### **3 Méthodologie de l'enquête et présentation des résultats**

#### **3.1 Les méthodes et outils de l'enquête**

L'expérience de notre deuxième stage au sein d'un CHU, notre expérience et parcours professionnels au sein d'un CHU ainsi que la perspective d'une prise de poste de directeur des soins adjoint au coordonnateur général dans un établissement hospitalo-universitaire nous ont conduit à cibler notre recherche sur la motivation des cadres de santé exerçant dans ce type d'établissement.

Nous avons choisi de traiter la question de recherche au travers d'une enquête quantitative à destination de la population étudiée : les cadres de santé, et d'une enquête qualitative à destination de leurs responsables hiérarchiques : les cadres supérieurs de santé et les directeurs de soins.

##### **3.1.1 Le choix des outils et des méthodes de recueil d'informations**

A) Le questionnaire, outil de l'enquête quantitative<sup>37</sup> :

Pour comprendre, identifier et expliquer les facteurs de motivation et de démotivation chez les cadres de santé, nous avons choisi de recueillir des données sur ces thèmes à l'aide d'un questionnaire réalisé à leur intention. Cette méthode quantitative, qui s'applique à un ensemble, visait à quantifier des faits et des données, nous permettant ainsi de décrire des phénomènes pour ensuite les analyser au regard du cadre conceptuel préalablement défini et ainsi de confirmer ou infirmer nos hypothèses.

Cette méthode de recueil d'informations a retenu notre attention car elle permet :

- De travailler sur un large échantillon,
- D'être réalisée et renseignée sur internet : le questionnaire a été réalisé via FORMS<sup>38</sup>, outil informatique qui permet de créer des questionnaires en ligne mais également d'afficher les résultats au fur et à mesure qu'ils arrivent. Ces résultats sont ensuite exportés vers un fichier Excel pour en permettre l'analyse.
- D'être rapidement et facilement accessible par les cadres de santé : un lien vers le questionnaire, accompagné d'un courriel de sollicitation présentant notre démarche

---

<sup>35</sup> La reconnaissance au travail, Jean-Pierre BRUN, Les grands dossiers des sciences humaines, « malaise au travail », n°12, automne 2008

<sup>36</sup> Ibid

<sup>37</sup> Cf Annexe II

<sup>38</sup> Microsoft FORMS Office

et nos objectifs a été adressé aux directeurs des soins des établissements choisis. Les directeurs de soins concernés ont rapidement diffusé le questionnaire aux cadres de santé de leurs établissements respectifs,

- De s'adapter au rythme et à l'emploi du temps des participants,
- De réaliser une enquête à faible coût pour le chercheur,
- De limiter les effets liés à la personnalité de celui qui interroge.

Nous avons posé 21 questions en élaborant deux types de questions :

- Des questions fermées assorties de propositions de réponses préalablement définies (la liste des termes proposés dans les questions 20 et 21 a été composée à l'issue d'un « brainstorming » réalisé avec des cadres de santé et cadres supérieurs de santé).
- Des questions ouvertes afin de permettre aux participants de s'exprimer librement ou, pour certaines questions, d'apporter un complément de réponses aux questions fermées.

Parmi ces 21 questions, 7 questions caractérisent le répondant et son parcours ; 4 questions explorent la motivation et font le lien avec les hypothèses ; 2 questions explorent les difficultés rencontrées dans l'exercice actuel de la fonction ; 2 questions explorent les facteurs de démotivation et font le lien avec les hypothèses ; 2 questions explorent le projet professionnel ; 1 question aborde les attentes du répondant à l'égard de l'encadrement supérieur ; 1 question aborde les attentes du répondant à l'égard du directeur des soins ; 2 questions abordent la conception de la fonction de cadre de santé.

Ce questionnaire a été testé auprès de 3 personnes avant d'être adressé aux directeurs des soins des établissements choisis pour diffusion auprès de l'encadrement de proximité. Ce test a permis de vérifier la fonctionnalité de la plateforme FORMS et les modalités de recueil des données. Quelques corrections ont été apportées à l'issue de ce test.

#### B) L'entretien semi-directif, outil de l'enquête qualitative<sup>39</sup>

Nous avons réalisé un entretien auprès d'un directeur d'un IFCS afin d'identifier le profil des étudiants cadres et les principales évolutions qu'il observe chez eux tout au long de leur formation.

Nous avons également réalisé un entretien auprès d'un coordonnateur général des soins d'un CHU et auprès d'un directeur des soins adjoint au CGS d'un second CHU afin d'identifier leur stratégie managériale et questionner leur rapport à l'encadrement de proximité.

---

<sup>39</sup> Cf Annexe III, IV, V



Enfin, nous avons réalisé deux entretiens auprès de cadres supérieurs de pôle exerçant dans deux CHU distincts afin d'identifier les points forts et les difficultés qu'ils observent au sein de leurs équipes d'encadrement.

La durée des entretiens a varié de 1h à 1h40.

Cette méthode de recueil d'informations a retenu notre attention car elle permet :

- De recueillir des données descriptives et qualitatives utiles à la compréhension de phénomènes complexes,
- De recueillir des informations sur les opinions de l'interviewé,
- De recueillir et d'explorer des jugements directs de valeur, des attributions de causalités et de responsabilités,
- De tester, étayer ou infirmer des pistes et hypothèses de travail,
- De prendre en compte les motivations, raisons qui fondent les opinions exprimées et d'élargir l'enquête,
- De faire émerger des propositions ou préconisations.

### **3.1.2 Les lieux et la population de l'enquête**

Notre enquête a été menée exclusivement au sein d'établissements hospitaliers universitaires. Les centres hospitaliers ont donc été exclus des terrains d'enquête afin de limiter les biais d'interprétation. Les entretiens des directeurs de soins (CGS et DS) ont été réalisés dans deux CHU. Le CGS a mené toute sa carrière de directeur des soins au sein de l'établissement. Le directeur des soins du second établissement a deux années d'ancienneté dans cette fonction. Un entretien a été mené auprès d'un directeur d'IFCS, directeur des soins depuis 10 ans et qui dispose d'une expérience de 5 ans dans le domaine de la formation. Des entretiens ont également été menés auprès de deux cadres supérieurs de pôle travaillant dans 2 établissements hospitaliers universitaires distincts. Tous les deux sont issus de la filière infirmière. L'un est cadre supérieur d'un pôle de réanimation et est responsable d'une équipe de 6 cadres de santé. Le second est cadre supérieur d'un pôle médico-chirurgical et est responsable de 13 cadres de santé. Le questionnaire a été diffusé, par l'intermédiaire des directeurs de soins, aux cadres de santé de 4 CHU afin d'obtenir un large échantillon de réponses et de dégager ainsi des tendances générales. Les CHU ont été sélectionnés pour diverses raisons : l'un d'entre eux fut notre terrain de stage d'immersion professionnelle, deux CHU ont été retenus car nous connaissions les CGS de ces établissements, le quatrième établissement a été sélectionné par hasard.

### **3.1.3 Les limites et points forts de l'étude**

Une des limites de notre étude est de ne pas avoir sollicité un entretien auprès d'un directeur des ressources humaines, collaborateur étroit du directeur des soins et impliqué dans la politique managériale des établissements de santé.

Par ailleurs, le nombre d'entretiens réalisés auprès des cadres supérieurs de santé est également faible. Il aurait été pertinent d'en réaliser davantage. Cela nous aurait permis de mieux identifier ce que les cadres supérieurs de pôle perçoivent de la motivation et des difficultés des cadres de santé avec lesquels ils travaillent. Nous aurions ainsi pu collecter davantage de données relatives aux modes de management adoptés et aux moyens mis en œuvre par les cadres supérieurs de santé pour maintenir et promouvoir la motivation des cadres.

La faible quantité d'entretiens menés auprès des directeurs des soins ne permet pas de dégager des orientations générales. Ces échanges, qui n'ont pas nécessairement suivis la chronologie des questions présentées dans les guides d'entretien, nous ont surtout permis de confronter nos points de vue et d'aborder des questionnements qui se situent au-delà du périmètre de notre enquête : la répartition des missions au sein d'une équipe de direction des soins, l'accompagnement des projets professionnels... Par ailleurs, aucun projet managérial n'a été mis en place au sein des établissements concernés, ce qui ne nous a pas permis d'objectiver les points forts et les bénéfices d'une telle démarche.

En revanche, le nombre de réponses obtenues au questionnaire adressé aux cadres de santé (114 réponses) nous permet, conformément à notre objectif, de dégager des tendances générales à défaut de produire des résultats représentatifs (il nous aurait fallu, pour cela, calculer la taille de l'échantillon nécessaire, ce qui n'a pas été fait.)

## **3.2 Résultats de l'enquête et analyse des contenus**

L'enquête réalisée au travers d'un questionnaire adressé aux cadres de santé et d'entretiens menés auprès de deux cadres supérieurs de pôle, d'un directeur d'IFCS et de deux directeurs de soins vise à nous permettre de traiter notre question de recherche :

**« En quoi la stratégie managériale du directeur des soins peut-elle contribuer à motiver les cadres de santé ? »**

Nous avons formulé deux hypothèses et tenteront, à l'issue de ce travail, de les confirmer ou de les infirmer :

Hypothèse 1 : La qualité des relations humaines avec la communauté médicale au sein des unités de soins contribue à la motivation des cadres de santé.

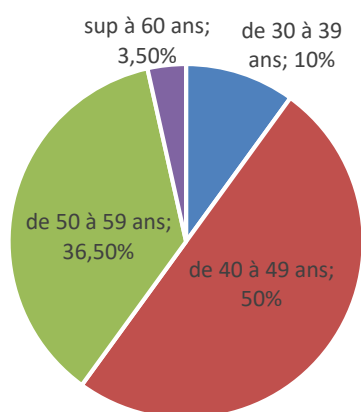
Hypothèse 2 : La reconnaissance des cadres de santé par leurs supérieurs hiérarchiques (CSS et DS) est un facteur de motivation des cadres de santé.

### 3.3 Le profil des cadres de santé

Notre questionnaire, adressé aux CGS de 4 CHU, a été renseigné par 114 cadres de santé. Notre analyse se veut globale sur l'ensemble des CHU et ne fait donc aucune distinction entre les établissements.

#### 3.3.1 Une majorité de femmes issue de la filière infirmière

##### Age des cadres de santé



Le plus jeune des cadres est âgé de 33 ans, le plus âgé à 61 ans.

Près de 82% des cadres de santé sont des femmes.

##### Formation initiale et parcours<sup>40</sup> :

80% des cadres sont issus de la filière infirmière (dont 16% IADE, IBODE...), 15% sont issus de la filière médico-technique.

Avant d'entrer en formation en IFCS, 70% des professionnels ont exercé leur fonction initiale dans différents secteurs d'activité voire dans plusieurs établissements de santé pour 41%.

#### 3.3.2 Une expérience en qualité de faisant-fonction de cadre de santé presque systématique

Avant d'entrer en formation de cadre de santé, 83% des répondants ont occupé un poste de faisant-fonction. La plupart d'entre-eux (44%) ont exercé cette fonction pendant une

---

<sup>40</sup> Cf Annexe VI

durée de 13 mois à 2 ans. 16,6% se sont présentés au concours d'entrée en formation cadre de santé sans expérience préalable de la fonction.

EXPERIENCE FAISANT-FONCTION CS - N = 114		
0 expérience	19	16,60%
de 1 à 6 mois	7	6,14%
de 7 mois à 1 an	30	26,30%
de 13 mois à 2 ans	42	36,80%
de 25 mois à 3 ans	14	12,28%
supérieure à 3 ans	2	1,75%
TOTAL	114	99,87%

### 3.3.3 Un quart de jeunes cadres parmi des cadres confirmés

Les jeunes cadres (ancienneté comprise entre moins d'un an à trois ans) représentent 23% des répondants. Plus de 47% des cadres ont entre 4 ans et 12 ans d'ancienneté dans la fonction. 30% des cadres de santé ont une expérience de la fonction de plus de 13 ans.

ANCIENNETE DANS LA FONCTION CS - N = 114		
< à 12 mois	7	6,14%
de 1 an à 3 ans+	19	16,66%
de 4 ans à 7 ans +	26	22,80%
de 8 ans à 12 ans +	28	24,56%
de 13 ans à 20 ans+	21	18,42%
de 21 ans à 30 ans	13	11,40%
TOTAL	114	99,98%

### 3.3.4 Des projets d'avenir pour 50% d'entre-eux<sup>41</sup>

50% des cadres de santé interrogés indiquent avoir un projet professionnel et se projettent dans l'avenir. De manière non exhaustive, les projets cités sont les suivants : 13 cadres de santé formulent le souhait d'accéder à une formation universitaire de type Master 2. 8 cadres souhaitent accéder à un poste de cadre supérieur de santé, 7 aspirent à exercer des missions transversales au sein des établissements, 7 souhaitent exercer un autre métier tout en restant dans le domaine du soin, 6 désirent changer de poste, 4 souhaitent

<sup>41</sup> Cf Annexe VII

quitter la fonction publique hospitalière, 3 souhaitent obtenir un poste en pédagogie, 2 souhaitent devenir directeur des soins.

### 3.4 Les motivations des cadres de santé

#### 3.4.1 Devenir cadre de santé pour piloter des projets

C'est la **volonté d'impulser et de piloter des projets** qui apparaît comme la principale motivation pour devenir cadre de santé<sup>42</sup>. A cela, s'ajoutent le **souhait d'agir sur les organisations de travail et l'envie de manager, d'animer une équipe**. L'amélioration de la prise en charge des patients arrive en 4<sup>ème</sup> position dans notre classement. Le besoin d'autonomie arrive en 12<sup>ème</sup> position.

Selon la théorie de l'autodétermination décrite précédemment, il s'agit d'une motivation intrinsèque.

Les motivations énoncées par les cadres de santé s'articulent autour de 2 axes. Le premier prime sur le second :

- a) *Agir, se mettre au service des autres, mais d'une manière différente.*
  - Intervenir au sein d'une équipe : impulser, piloter des projets,
  - « Prendre soin » d'une équipe : améliorer la communication avec les soignants, faire preuve de bienveillance,
  - Améliorer la prise en charge des patients, fluidifier les parcours.
  
- b) *Evoluer professionnellement, occuper une place dans la hiérarchie,*
  - Manager une équipe (donc, diriger),
  - Agir et de s'impliquer au niveau de l'institution,
  - Avoir davantage de responsabilités,
  - Remplir de nouvelles missions.

Interrogé sur la nature des motivations des futurs cadres de santé, le directeur de l'IFCS nous indique qu'en règle générale, leur projet professionnel se construit en 3 ou 4 ans et qu'il s'articule autour d'une volonté de conduire des projets et de manager une équipe. Les étudiants cadres de santé sont, dit-il, de plus en plus jeunes, plus diplômés (souvent titulaires d'un master 1 ou 2) et issus de secteurs beaucoup plus diversifiés qu'autrefois (augmentation du nombre de candidats issus de la filière médico-technique ou de rééducation). 80% de la promotion actuelle s'oriente vers un poste en management, 20% en pédagogie. En cours de formation, les étudiants n'ont pas encore une vision précise de ce qu'est le management. Ils évoluent essentiellement sur le plan humain et « *gagnent en*

---

<sup>42</sup> Cf Annexe VIII

*maturité* » après les stages. Ils sont relativement mobiles. Les difficultés qui lui sont rapportées par les jeunes cadres de santé, à distance de leur prise de poste, sont les suivantes : le positionnement au sein de l'équipe qui place le professionnel à l'interface des équipes soignantes et médicales, des patients et des familles ; la gestion des effectifs et enfin le poids des relations humaines.

### **3.4.2 La reconnaissance de l'équipe : 1<sup>er</sup> facteur de motivation pour continuer d'exercer la fonction**

Hormis l'appétence des cadres pour la réalisation de projets, les motivations des cadres de santé<sup>43</sup> pour poursuivre dans cette fonction diffèrent de celles qui les ont conduits à l'exercer. Aujourd'hui, il s'agit essentiellement de motivations extrinsèques. **La reconnaissance de l'équipe** est le principal facteur de motivation des cadres de santé. Elle fait figure, à l'instar de la reconnaissance par les pairs, par les équipes médicales ou encore par la hiérarchie, d'une récompense pour le travail accompli. La reconnaissance du cadre de santé par les personnes soignées arrive en 10<sup>ème</sup> position.

Cette reconnaissance représente, nous l'avons vu précédemment, une rétribution attendue, principalement dans le registre du symbolique car la rétribution financière a très peu été évoquée par les cadres de santé dans leurs réponses aux questions ouvertes.

Les cadres de santé sont en attente de ce que C. Dejours appelle un « jugement d'utilité » qui impacte de manière positive la satisfaction et la motivation. C'est ici, ce qui caractérise la forme de reconnaissance qu'ils espèrent recevoir de la part de leurs équipes. Ils attendent également un « jugement de beauté » (renvoyé par la hiérarchie) qui leur permet de se sentir intégrés et de développer un sentiment d'appartenance à un corps (l'encadrement) tout en faisant valoir leur singularité au travers de leur manière de manager, de communiquer. Les cadres de santé sont en attente d'une reconnaissance de leur personne et de leurs efforts. C'est prioritairement la reconnaissance de leur engagement et de ces efforts qu'ils fournissent pour remplir leurs missions ainsi que la reconnaissance de leurs compétences qu'ils réclament. La reconnaissance de leurs résultats transparait moins dans les réponses obtenues.

Interrogés sur le besoin de reconnaissance des cadres de santé par leurs équipes respectives et par la hiérarchie, les cadres supérieurs de santé confirment ce besoin. « *La reconnaissance, c'est d'abord de s'arrêter, de dire bonjour aux cadres et aux équipes, de dire merci... c'est un minimum... si vous ne faites pas ça, ils se disent « on n'est pas reconnu » ... et il y a ensuite un phénomène de transfert, ce qu'ils vivent, ils le font subir ensuite à leurs agents* ».

---

<sup>43</sup> Cf Annexe IX

Les directeurs des soins de CHU interrogés ont pleinement conscience de ce besoin de reconnaissance et des enjeux que ce besoin soulève : « *S'il n'y a pas de reconnaissance, si on ne dit pas « je sais ce que ça vous coute », ils (les cadres de santé) s'épuisent* ».

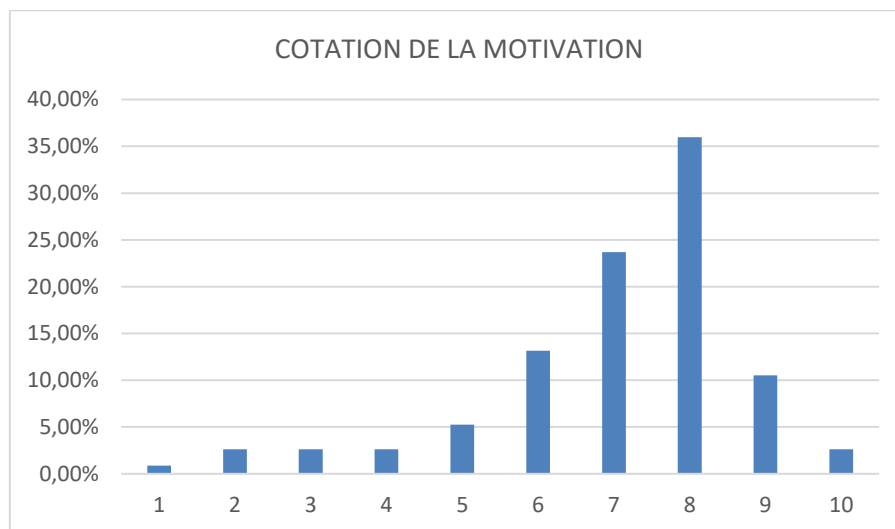
Le directeur de l'IFCS, quant à lui, aborde la question de la reconnaissance des cadres de santé sous un angle différent : « *On entend dire : « on n'est pas reconnu »... mais moi je dis, « qu'est-ce que vous attendez ? », la reconnaissance, c'est le salaire, la prime, la note... moi, je m'interroge sur ce malaise des cadres... dans les CHU, ce n'est pas le baigne ! on a un plan de formations pléthorique, les patients, les agents ont des droits mieux respectés, on peut quand même faire une carrière en CHU ! ... on a vraiment des problèmes de riches ! »*

**L'autonomie dans le travail** arrive en deuxième position dans notre classement. L'autonomie, qui signifie « qui ne dépend que de moi », renvoie inmanquablement à la notion de pouvoir. Or, si la recherche de pouvoir n'a pas été citée par les cadres de santé comme un élément de motivation, elle s'inscrit néanmoins dans cette recherche d'autonomie maintes fois citée par ces professionnels. En effet, comme nous l'avons indiqué dans le cadre conceptuel, l'autonomie est dépendante du pouvoir et s'inscrit dans cette recherche de fonction sociale plus prestigieuse. L'autonomie demandée par les cadres de santé constitue une forme « d'autonomie requise » que nous avons évoqué dans le cadre conceptuel. Elle permet à l'individu de disposer de marges de manœuvre préalablement définies. En effet, l'hôpital étant une structure très organisée et contrôlée, elle pose inmanquablement des limites à chacun.

Enfin, **la prise de responsabilités mais aussi le soutien de la hiérarchie en cas de difficultés** participent au maintien de la motivation des cadres de santé. Les cadres de santé ne semblent donc pas revendiquer une complète autonomie mais un espace de liberté dans un cadre précis, sécurisant et sécurisé par la hiérarchie.

PRINCIPALES MOTIVATIONS AUJOURD'HUI	CLASSEMENT
Je suis reconnu(e) par mon équipe	1
Je suis suffisamment autonome dans mon travail	2
Je travaille sur des projets qui m'intéressent	3
J'ai des responsabilités	4
Je suis reconnu(e) par mes pairs	5
Je suis reconnu(e) par les équipes médicales	6
Je suis reconnu(e) par ma hiérarchie	7
Je peux compter sur mes supérieurs hiérarchiques en cas de difficultés	8
L'ambiance de travail me plaît	9
Je suis reconnu(e) par les personnes soignées	10
Je travaille sur mes propres projets	11
Mes missions et objectifs sont explicites	12
Je suis encouragé(e) à progresser	13
J'ai le droit à l'erreur	14
Je dispose des moyens nécessaires à la réalisation de mes missions	15

Les cadres de santé ont été invités à évaluer leur motivation sur une échelle de 0 à 10. Bien que cette échelle ne soit pas scientifiquement validée, elle nous permet néanmoins d'identifier une tendance qui, ici, est positive. Les scores inférieurs à 5 sont minoritaires et plus de 35% des cadres de santé ont évalué leur motivation à 8 (0 = absence de motivation, 10 = très grande motivation).



Du point de vue des cadres supérieurs de santé interrogés, c'est la conduite de projet et l'accompagnement des équipes soignantes dans des pratiques innovantes qui motivent le plus les cadres de santé. Ils soulignent tous les deux l'importance de la qualité des relations du cadre de santé avec l'équipe soignante mais aussi avec la communauté médicale. Les projets de type médico-soignants au sein des unités (la réhabilitation précoce par exemple)



mobilisent les cadres de santé et les médecins. Le CGS indique à ce propos : « *Lorsque le tandem cadre-chef de service fonctionne bien, il n'y a pas de problème, les choses avancent et les cadres sont plutôt satisfaits... quand ça ne marche pas, là, ça peut devenir très difficile...* ».

### 3.4.3 Des facteurs humains, organisationnels et économiques qui érodent la motivation

A la question : « vous sentez-vous parfois démotivé(e) ? », 10% des cadres répondent « oui, souvent » ; 55% des cadres répondent « oui, de temps en temps », 33% répondent « rarement », 2% des cadres répondent « non, jamais ».

Les principales sources de démotivation<sup>44</sup> sont de 3 ordres :

- A) D'une part, elles concernent le rapport des cadres de santé avec la hiérarchie. Ainsi, le **manque de reconnaissance** (classé en 1<sup>er</sup>) et le sentiment de non prise en compte par la Direction des difficultés rencontrées sont considérés comme démotivants. **Un défaut ou des difficultés de communication avec la hiérarchie** (direction des soins, encadrement supérieur) sont également mis en cause. Le **manque d'accompagnement** des cadres de santé ou encore une collaboration jugée parfois insuffisante avec la hiérarchie dans son ensemble sont également cités. **Le manque d'informations** ou de connaissances concernant la politique et/ou les projets institutionnels et **les injonctions paradoxales** concourent à démotiver les cadres de santé.
- B) D'autre part, elles concernent des aspects organisationnels et économiques. Ainsi, **le manque de moyens humains et la gestion des plannings** (2<sup>ème</sup> position), **la non finalisation des projets** (3<sup>ème</sup> position), **la difficulté à gérer son temps et le travail dans l'urgence** ou encore **la gestion de plusieurs unités** apparaissent comme des éléments qui érodent la motivation des cadres de santé.
- C) Enfin, **la dégradation des relations humaines avec les équipes soignantes** (4<sup>ème</sup> position) (tension ou plaintes récurrentes, résistance au changement, rapport au travail, manque de respect, déresponsabilisation des agents) mais aussi **avec les équipes médicales** (5<sup>ème</sup> position) (ingérence dans le management des agents, refus de collaborer ou opposition...) sont mis en avant par les cadres de santé comme facteurs importants de démotivation.

Les cadres supérieurs interrogés observent, dans certaines unités, une dégradation des relations humaines, majorée par les tensions qui existent sur les effectifs et « *par un rapport*

---

<sup>44</sup> Cf Annexe X

*des professionnels à la hiérarchie qui a évolué !!* ». L'absentéisme et les difficultés de remplacement génèrent des tensions « *et c'est bien le cadre de santé qui, au quotidien, vit tout ça... on n'a pas, nous, cadre sup, une baguette magique pour tout régler...* »

Ce climat pesant est parfois trop difficile à gérer pas le cadre de santé qui, par ailleurs, est sollicité de toute part pour organiser, contrôler... « *les relations humaines, c'est vraiment pas quelque chose de facile... les équipes ne sont pas tendres... et les cadres ne sont pas tous bien armés pour ça... parfois, ce sont les cadres qui ne mesurent pas l'impact de leurs propos... j'ai eu une grève dans un secteur, parmi les revendications, on entendait « on ne nous écoute pas... en fait, ils ont parfois du mal à trouver la juste distance avec les agents... j'ai entendu des plaisanteries déplacées...* ». Ces propos mettent en avant l'importance de la qualité de communication dans l'exercice de la fonction de cadre de santé qui constitue en elle-même une part essentielle du management des équipes.

Interrogés sur la nature de leurs contraintes au quotidien, les cadres de santé évoquent l'absentéisme (73%), la gestion des plannings (rendue difficile par cet absentéisme et les difficultés de remplacement) (52%), le manque d'informations (38%), la gestion de plusieurs unités (35%), les relations avec les médecins (22%) et le manque d'accompagnement dans les projets (20%). Ils évoquent également des contraintes dans la gestion de la logistique : lenteur des process, retards dans la livraison des commandes, ruptures de stock, multiplicité des interlocuteurs. Enfin, certains considèrent qu'il y a un écart grandissant entre les exigences de qualité et les moyens disponibles pour y répondre (tension sur les effectifs, manque parfois de matériels adaptés...).

Nous constatons que ces difficultés ou contraintes rejoignent les facteurs de démotivation et doivent, dès lors, être prises en compte dans l'élaboration de la stratégie managériale du directeur des soins.

Par ailleurs, le directeur de l'IFCS nous a indiqué, lors de notre entretien, que c'est la confrontation avec la réalité et notamment la gestion des ressources et des relations humaines qui permettent aux jeunes cadres de santé de prendre pleinement conscience de la complexité du management. La réussite dans l'exercice de ces missions est donc déterminante.

### **3.5 Cadres de santé : des missions et des besoins**

#### **3.5.1 Un métier de communication**

La reconnaissance, la qualité de la communication avec la hiérarchie et les équipes et, plus largement, la qualité des relations humaines sont déterminantes dans la motivation des cadres de santé. Lorsque nous demandons à ceux-ci de choisir, parmi une liste de 25

mots<sup>45</sup>, ceux qui représentent le mieux la fonction de cadre de santé, ils citent, en premier lieu, **la communication (63%), les relations humaines (60%) et l'organisation (54%)**. La gestion des plannings n'est pas, fort heureusement, un élément représentatif de cette fonction. Nous constatons également que le terme « projet » n'est pas particulièrement considéré comme représentatif de la fonction bien qu'il constitue un des facteurs principaux de motivation pour devenir cadre de santé et le rester. L'autonomie n'apparaît pas ici comme une caractéristique forte de la fonction de cadre de santé, à peine un tiers des cadres ont retenu cet item. Enfin, les termes « personnes soignées » et « pilotage » sont cités par respectivement 21% et 18% des cadres de santé ce qui nous semble peu au regard des facteurs de motivation énoncés par les cadres de santé.

Dans notre enquête, nous avons également proposé aux cadres de santé de choisir, parmi la liste de 25 mots évoquée plus haut ceux qui, selon eux, étaient les moins représentatifs de la fonction. Les principaux termes choisis sont : **Le pouvoir (80%), la récompense (78%), l'autorité (45%)**. Il nous paraît surprenant que près d'un cadre sur deux considère que l'exercice de la fonction cadre de santé soit sans lien avec l'autorité mais la méthodologie de l'enquête retenue ne nous a pas permis d'en explorer les causes.

### **3.5.2 Une forte attente d'accompagnement par les cadres supérieurs de pôle<sup>46</sup>**

Interrogés sur leurs attentes à l'égard de l'encadrement supérieur, les cadres de santé mettent en avant leur **besoin d'accompagnement dans la conduite de projets ou dans les multiples réorganisations (49%)** que connaît l'hôpital d'aujourd'hui. **Le conseil, l'aide à la prise de décision mais aussi le soutien dans les situations difficiles** sont également cités. L'analyse des réponses à notre enquête nous permet de confirmer l'intérêt des cadres de santé pour la conduite de projets mais met également en lumière leurs difficultés à les mener à leur terme. La méthodologie de projet, même si elle est enseignée au cours de la formation des cadres de santé, peut paraître, au regard des réponses apportées, insuffisamment acquise. Néanmoins, nous devons également nous interroger sur la manière dont s'opère le management des cadres de santé dans ce domaine : les cadres de santé sont-ils suffisamment impliqués dans la construction du projet ? les objectifs sont-ils clairement fixés dès le début du projet ? les étapes du projet sont-elles précisées ? les moyens sont-ils identifiés ? comment s'opère le contrôle des différentes phases du projet ?

Les cadres de santé sont également en **attente d'écoute, d'attention, de communication** avec les cadres supérieurs de pôle confirmant ainsi leur besoin de reconnaissance et

---

<sup>45</sup> Cf Annexe XIII

<sup>46</sup> Cf Annexe XI

l'aspect prépondérant de la qualité des relations humaines dans le maintien de leurs motivations.

A la question : « comment vont les cadres de santé avec lesquels vous travaillez ? », les deux cadres supérieurs de pôle interrogés nous répondent « ils vont bien ». L'absence de demande de mobilité, la qualité des relations au sein de l'équipe d'encadrement et leur investissement dans les projets menés, selon-eux, en témoignent. Néanmoins, les cadres supérieurs de santé évoquent une disparité du niveau d'analyse et d'investissement des cadres de santé. « *Certains s'essoufflent vite et sont parfois portés par les autres* », d'autres « *prennent des décisions hâtives, précipitées et insuffisamment réfléchies, sans concertation avec le cadre sup, sans respect des voies hiérarchiques* ». Les deux cadres supérieurs de pôle observent également, chez quelques cadres de santé, des difficultés de communication avec les équipes soignantes « *c'est parfois un peu brutal...* »

Ainsi, il apparaît que c'est dans la conduite et la méthodologie de projet, dans l'analyse des situations et dans la communication que, selon les cadres supérieurs de pôle interrogés, les cadres de santé doivent progresser.

### **3.5.3 Plus de dialogue et de proximité avec le directeur des soins**

Concernant les attentes des cadres de santé à l'égard du directeur des soins<sup>47</sup>, **la demande d'écoute, de dialogue, de prise en compte des difficultés rencontrées** est citée par plus d'un tiers des cadres de santé. Ce besoin d'écoute et de soutien est également clairement identifié par les directeurs des soins que nous avons rencontrés : « *Si les cadres de santé ne sont pas soutenus, s'ils n'ont pas le droit de se décourager sans être sanctionnés, ils se replient sur eux, ils lâchent... Ils ne sont plus capables alors de mettre de la distance entre des attentes légitimes et des espoirs qui ne sont plus de mise* ».

A cette demande d'écoute et de soutien s'ajoute une demande de plus grande **proximité des cadres de santé avec le directeur des soins** et un **accompagnement dans les situations complexes**. Ce terme de proximité fera l'objet, au cours de notre enquête, d'une discussion avec les directeurs des soins. L'un d'eux précise « *la proximité, ce n'est pas mon rôle, je travaille de 8h à 20h... ce n'est pas mon rôle et je n'en ai pas le temps... en revanche, je veux promouvoir l'accessibilité... oui, l'accessibilité plus que la proximité...* ». Le second directeur des soins indique à ce sujet « *le problème de proximité avec le directeur des soins ? oui, bien-sûr, c'est vrai... Ils (les cadres de santé) ont besoin de voir le DS, ils ne contestent pas la nécessité d'avoir un cadre supérieur mais le cadre supérieur*

---

<sup>47</sup> Cf Annexe XII

*fait écran... Les cadres sont alors « quantités négligeables », relégués à un rôle de mise en œuvre... si le directeur des soins discute avec eux, on arrive à les entraîner, on arrive à leur faire entendre raison... donner la certitude qu'on est entendu, ça aide ».*

Proximité ou accessibilité, quel que soit le terme adopté, ces éléments pointent la nécessité, pour le directeur des soins, de maintenir un lien avec les cadres de santé. *« Il ne faut pas hésiter à se rendre sur leur terrain... leur terrain, il existe, c'est là où ils (les cadres de santé) habitent, vous leur rendez visite... alors que quand ils viennent voir le directeur des soins, ils sont moins à l'aise... ça prend du temps, évidemment... Si vous pouvez nouer ce lien sur le terrain avec les cadres... ».*

Les cadres de santé attendent également de la part du directeur des soins de les **tenir informés de la politique et des enjeux institutionnels**. Comme nous l'avons vu précédemment, l'absence ou le défaut d'information sur la politique institutionnelle sont des facteurs de démotivation des cadres de santé car ils génèrent un sentiment d'injustice. Cette demande nous interroge sur le niveau et la qualité des informations transmises aux cadres de santé par l'encadrement supérieur, principal relai.

Dans la « ligne managériale » hospitalière, l'encadrement supérieur est chargé de relayer les informations et notamment de traduire, auprès des équipes d'encadrement, la politique institutionnelle. Nous constatons, au travers de cette enquête, que cet aspect du management peut faire défaut. Il appartient alors au directeur des soins de clarifier et formaliser les circuits d'information pour que l'ensemble de cette « ligne managériale » soit porteuse des projets institutionnels et donne du sens aux actions menées.

L'ensemble de ces éléments nous conduit à interroger le management des cadres de santé. Le directeur des soins doit donc, sans se substituer à l'encadrement supérieur, clarifier la politique managériale au sein de l'établissement et définir ou préciser ses attentes dans ce domaine auprès des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé.

Interrogé sur cette thématique, un directeur des soins indique : *« Est-ce qu'on veut des cadres exécutants ou des cadres qui participent à la prise de décision qui va les concerner lors de sa mise en œuvre ? Je pense que non... Je pense qu'il faut associer les cadres, bien sur les cadres supérieurs... évidemment... mais ce sont bien les cadres qui, en dernier lieu, mettent en œuvre sans avoir toujours bien compris, sans être toujours épaulés par le cadre supérieur et le chef de pôle, avec des antinomies de la part de la communauté médicale qui, même si elle a progressé, continue d'être taraudée par le souhait de bien faire, de bien distribuer les soins... d'un côté on soigne, de l'autre côté on paye ».*

## SYNTHESE DE L'ANALYSE

Plus de 80% des cadres de santé qui ont répondu à notre enquête (114) sont de sexe féminin. 50% des cadres sont âgés d'environ 45 ans et 80% sont issus de la filière infirmière. 83% des cadres ont occupé un poste de « faisant-fonction » de cadre de santé avant d'entrer en formation et ce pendant une durée moyenne de 13 mois à 2 ans. 50% d'entre-eux ont des projets d'avenir orientés vers une formation universitaire, un poste de cadre supérieur ou un poste en missions transversales.

Les motivations des cadres de santé évoluent dans le temps. C'est le souhait de réaliser des projets, d'organiser le travail des soignants, de manager et d'animer une équipe qui conduit les professionnels à devenir cadres de santé. Au cours de leur exercice professionnel, c'est d'abord la reconnaissance de l'équipe puis de la hiérarchie qui deviennent leurs principaux facteurs de motivation, viennent ensuite l'autonomie dans le travail que nous qualifions « d'autonomie encadrée par le cadre supérieur » puis la prise de responsabilités, le soutien et la qualité des relations avec les supérieurs hiérarchiques. La grande majorité des cadres qui ont répondu à notre enquête se disent « motivés » mais plus de la moitié d'entre-eux indiquent que, de temps en temps, la motivation fait défaut.

Les facteurs de démotivation sont avant tout le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie, le manque de moyens humains et la gestion des plannings, la non finalisation des projets et le manque d'accompagnement, la dégradation des relations humaines avec les équipes soignantes et médicales, le manque d'informations, la difficulté à gérer son temps, les injonctions paradoxales.

Les cadres supérieurs de santé et les directeurs des soins ont pleinement conscience de ce besoin de reconnaissance des cadres de santé et des difficultés qu'ils peuvent rencontrer pour mener à terme les projets. Celles-ci peuvent être liées à un défaut de maîtrise de la méthodologie de projet mais aussi, possiblement, à un défaut d'information et d'implication dans l'élaboration et la construction des projets, ce qui, alors, ne permet aux cadres de santé d'en saisir le véritable sens. Ils sont également conscients des difficultés relationnelles auxquelles les cadres de santé sont confrontés liées à une dégradation des relations humaines ou des maladresses de leur manière de communiquer.

3 grandes thématiques ressortent de cette enquête, elles caractérisent la fonction de cadre de santé et en constituent toute sa complexité : la communication, les relations humaines, l'organisation du travail. La stratégie managériale du directeur des soins, qui s'intéresse à l'ensemble de ces champs, apparaît donc déterminante dans le maintien et le développement de la motivation des cadres de santé.

A l'issue de l'analyse de notre enquête, **nous confirmons nos deux hypothèses.**

Hypothèse 1 : La qualité des relations humaines avec la communauté médicale au sein des unités de soins contribue à la motivation des cadres de santé.

La qualité des relations humaines avec la communauté médicale est effectivement déterminante dans la motivation des cadres de santé. Elle facilite le travail des cadres et traduit également une forme de reconnaissance de cette communauté à l'égard des cadres. A contrario, la dégradation de ces relations est pénalisante pour le fonctionnement des unités de soins et le management des équipes par le cadre de santé.

Hypothèse 2 : La reconnaissance des cadres de santé par leurs supérieurs hiérarchiques (CSS et DS) est un facteur de motivation des cadres de santé.

Le besoin de reconnaissance des cadres de santé est, nous l'avons vu, particulièrement prégnant. Cette enquête a montré que la reconnaissance du cadre de santé par son équipe constitue son premier facteur de motivation. La reconnaissance du cadre de santé par sa hiérarchie (le cadre supérieur de pôle et le directeur des soins) apparaît en 7<sup>ème</sup> position dans le classement des facteurs de motivation. Ceci nous permet ainsi de confirmer notre hypothèse.

## 4 Créer les conditions favorables à la motivation des cadres de santé

Ce chapitre aborde la stratégie managériale du directeur des soins, versant opérationnel de la politique managériale. La stratégie se définit comme un art de diriger pour atteindre un but. Il appartient ainsi au directeur des soins de déterminer les objectifs à atteindre et de formaliser les modes de mise en œuvre.

Nous avons, au travers de notre enquête, identifié les éléments qui concourent à motiver mais également à démotiver les cadres de santé. Si la motivation, nous l'avons vu, ne peut se décréter, s'imposer, le directeur des soins peut et doit créer les conditions favorables à son développement. Dans cette dernière partie, notre objectif est de formuler quelques préconisations qui s'inscrivent dans la stratégie managériale du directeur des soins et qui concernent, pour beaucoup d'entre-elles, toute la « ligne managériale ».

### 4.1 Développer une vision partagée du management

#### 4.1.1 Formaliser un projet managérial

A l'hôpital, le management requiert des modes d'exercice qui doivent s'adapter aux évolutions réglementaires, organisationnelles, technologiques, aux évolutions des métiers de la santé et aux besoins et attentes des patients.

MINTZBERG définit le management comme « *un ensemble de processus par lesquels ceux qui ont la responsabilité formelle de tout ou partie de l'organisation, essaient de la diriger ou du moins de la guider dans ses activités*<sup>48</sup> ».

En sa qualité de pilote des équipes d'encadrement, le directeur des soins « *anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats*<sup>49</sup> ». Il est donc chargé de définir, en lien avec les orientations du projet d'établissement, une politique managériale et une stratégie opérationnelle de mise en œuvre.

Politique managériale et stratégie de mise en œuvre sont au cœur du **projet managérial**. Cet outil, à l'instar du projet de soins infirmiers de rééducation et médico-technique dans lequel un axe portant sur l'amélioration des pratiques managériales mérite d'être inscrit, offre au directeur des soins l'opportunité de structurer l'organisation et les actions de la direction des soins mais également de préciser le positionnement, rôles et missions de l'encadrement dans l'organisation hospitalière. Ce document présente les objectifs managériaux de la direction des soins et précise également la manière dont elle est structurée et son rôle au sein de l'établissement de santé. Nous y voyons ainsi un moyen

---

<sup>48</sup> Le management, voyage au centre des organisations, H. Mintzberg

<sup>49</sup> Référentiel métier du directeur des soins, p 5



de rendre les organisations managériales plus transparentes et de signifier les liens qui relient l'ensemble des équipes d'encadrement à la direction des soins et, plus largement, à l'équipe de direction. La formalisation de ce projet invite également l'ensemble des équipes d'encadrement à interroger les valeurs qui guident le management. Ces valeurs sont le socle de la pratique managériale au sein des établissements et il appartient au directeur des soins de les porter et aux équipes d'encadrement de les traduire, concrètement, sur le terrain.

Dans son rapport « le Pacte de confiance pour l'hôpital », Edouard COUTY soulignait la nécessité de « *reconnaitre et réaffirmer le rôle des cadres dans l'institution* <sup>50</sup> ». Cet outil s'y emploie. Il permet de développer une vision partagée du management auprès des équipes d'encadrement bien-sûr, mais également auprès des directions fonctionnelles et de la communauté médicale. Nous y voyons ainsi un moyen de rendre plus visible et plus lisible la ligne managériale mais aussi un moyen de valoriser et mettre en avant le rôle des cadres et cadres supérieurs de santé au sein de l'institution.

#### **4.1.2 Associer les cadres de santé aux décisions qui les impactent**

La conduite de projet constitue, pour les cadres de santé, un élément phare et motivant de leur fonction. Pourtant, comme nous avons pu le constater au travers de notre enquête, la multiplicité des demandes, la difficulté à gérer son temps, le sentiment de travailler sans cesse dans l'urgence pénalisent les cadres dans la conduite de projet. A cela s'ajoute sans doute une maîtrise insuffisante de la méthodologie de projet qui, toutefois, peut sans doute s'expliquer par une sollicitation insuffisante des cadres de santé par les décideurs, le directeur des soins notamment, lors de la conception des projets.

Ainsi, nous proposons **d'associer plus largement les cadres de santé à la construction et la définition des modalités de mise en œuvre des projets** et de programmer, avec l'encadrement supérieur et les cadres concernés, des bilans d'étape réguliers. Ce dispositif a une portée pédagogique et vise également à donner du sens aux projets. Impliquer l'encadrement plus largement dans les décisions facilite la mise en œuvre, sur le terrain, des projets institutionnels auprès des professionnels des unités. Cela permet également de développer l'intelligence collective et de valoriser les cadres de santé.

#### **4.1.3 Faciliter la gestion des ressources humaines au sein des pôles**

Le manque de moyens humains a été évoqué comme deuxième facteur de démotivation des cadres de santé. L'absentéisme, prégnant dans de nombreux établissements de santé, génère des tensions au sein des équipes et des difficultés dans la gestion des plannings. L'obligation d'assurer la continuité, la qualité et la sécurité des soins peut alors générer un

---

<sup>50</sup> Le pacte de confiance pour l'hôpital », E. Couty, proposition 28, p 36

stress important chez les cadres de santé. Cette tension sur les effectifs liée à l'absentéisme impacte également les relations humaines au sein des unités.

Notre objectif est d'abord de développer, chez les cadres de santé, des connaissances plus approfondies dans le domaine des ressources humaines et, d'autre part, de leur permettre d'acquérir, en lien avec les cadres supérieurs de pôle, une vision polaire et une capacité d'analyse de l'activité, de la répartition et de l'affectation des ressources.

**La révision (ou la formalisation) des cycles de travail, l'analyse de la charge en soins, la lecture des tableaux des emplois, la formalisation d'une procédure de gestion de l'absentéisme** sont autant d'outils qu'en qualité de directeur des soins, nous devons développer, en lien avec les équipes d'encadrement et le directeur des ressources humaines. La communauté médicale ne doit pas être ignorée, au contraire. Il nous semble important de l'associer à la formalisation d'une procédure de gestion de l'absentéisme qui concernera le fonctionnement de chaque unité mais aussi de chaque pôle. Nous avons pu observer que les cadres de santé ont besoin, parfois, d'aide dans leurs prises de décisions. Ces outils constituent une première réponse à leurs demandes.

#### **4.1.4 Promouvoir un management de « l'aimer-faire »**

Nous n'avons pas, dans ce travail, évoqué le plaisir au travail. Néanmoins, les travaux réalisés dans le domaine des neurosciences ont identifié un « circuit de la récompense » auquel nous nous intéressons dans le cadre de l'identification des leviers de motivation dont dispose le directeur des soins.

Ce circuit de la récompense permet de comprendre ce qui déclenche la réaction d'un être humain face à une situation : soit éviter la douleur, soit rechercher du plaisir.

Face à une activité à réaliser, l'individu fait donc face à ces deux choix. S'il est dans l'évitement de la douleur, l'activité réalisée ne sera pas source d'épanouissement, quand bien même elle serait bien réalisée. En revanche, si l'activité demandée active la recherche du plaisir, l'individu sera motivé et cette activité sera pour lui une source d'épanouissement. Dans ce dernier cas, les échecs ne sont pas considérés de manière négative mais représentent des opportunités d'apprentissage.

Nos méthodes managériales, comme nos méthodes d'évaluation ou de recrutement des cadres de santé sont essentiellement centrées sur les compétences et abordent rarement le plaisir au travail. Or, si l'identification des compétences mais aussi le niveau de connaissances sont indispensables, ces éléments ne répondent pas aux enjeux de l'épanouissement personnel. Pourtant, la motivation qui nous pousse à agir demeure intimement liée au plaisir. Ainsi, pour provoquer, au quotidien, l'engagement indispensable des cadres de santé dans le management des équipes et la conduite de la politique institutionnelle, il nous semble important d'identifier, chez eux, les activités qui leur procurent du plaisir au travail.

**Qu'est-ce qui vous plaît ?** les réponses des cadres de santé à cette question nous permettent d'identifier leurs appétences pour mieux les réinvestir et les valoriser. Ces appétences, faciles à mobiliser, procurent du plaisir et mènent souvent au succès. Poser cette question, c'est, nous semble-t-il, faire preuve d'attention et de reconnaissance à l'égard des cadres de santé qui en sont, nous l'avons vu, très demandeurs.

Nous proposons ainsi de réaliser **une cartographie des appétences**, consultable par différents acteurs tels que les cadres supérieurs des pôles et le directeur des soins, le directeur des ressources humaines... Cette cartographie nous permettra d'identifier et de solliciter des cadres de santé pour auditer des organisations, réaliser des missions, conduire des projets en transversalité ou sur des sites spécifiques, en fonction de leurs appétences.

Cette identification des appétences ne se substitue pas, bien-sûr, à l'identification des compétences des cadres mais elle permet de dissocier ce que le professionnel « sait faire » de ce qu'il « aime faire ».

Ce management de « l'aimer-faire » nous conduit ainsi à penser autrement l'affectation des missions, la conduite des entretiens annuels d'évaluation et le recrutement des cadres de santé et cadres supérieurs de santé. Nous voyons également dans ce mode managérial un moyen de renforcer l'attractivité pour la fonction de cadre de santé et un levier de fidélisation de ces professionnels au sein des établissements de santé.

## **4.2 Accorder une attention particulière à la communication**

### **4.2.1 Améliorer la circulation des informations**

Les cadres de santé ont exprimé un besoin prégnant de communication et d'amélioration des relations humaines tant avec l'encadrement supérieur qu'avec le directeur des soins mais aussi avec la communauté médicale.

Si le métier de cadre de santé est véritablement centré sur la communication, il apparaît que, dans ce domaine, les marges d'amélioration sont importantes à la fois dans la communication ascendante mais aussi dans la communication descendante.

A l'hôpital, le directeur des soins a développé une proximité avec l'encadrement supérieur lui-même chargé de développer cette proximité avec les cadres de santé placés sous sa responsabilité. Le circuit d'information ascendant et descendant suit, en principe ce schéma. Or, nous constatons que bon nombre de cadres de santé se plaignent, au travers des réponses apportées à notre questionnaire, d'un manque d'informations notamment sur les projets en cours et sur la politique institutionnelle.

Pour remédier à ces dysfonctionnements, nous formulons plusieurs propositions :

- A) **Formaliser les circuits d'informations ascendants et descendants** notamment dans le cadre de la rédaction du projet managérial. Si le directeur des soins ne doit

en aucun cas se substituer aux cadres supérieurs de pôle dans le management des cadres de santé, ceux-ci ne doivent en aucun cas faire écran à leur équipe d'encadrement. Cette formalisation des circuits d'informations apparaît également comme un moyen de repositionner les cadres supérieurs dans l'organisation managériale et de clarifier leurs rôles au sein de ce circuit.

- B) **Organiser des temps d'échanges, par pôles et au sein des pôles**, entre le directeur des soins, les cadres de santé et l'encadrement supérieur en y associant, selon les sujets à développer, les médecins. Il nous semble important que le directeur des soins investisse davantage les pôles. En effet, dans les établissements de santé où une large délégation de gestion a été accordée aux pôles, les organisations et les modes de management semblent parfois devenir plus opaques pour le directeur des soins. Ces rencontres, sur le terrain, visent à renforcer la proximité du directeur des soins avec les équipes d'encadrement, à permettre l'échange de points de vue, le débat d'idées, la transmission de messages ciblés.
- C) **Organiser des réunions d'information plénières** avec l'ensemble de l'encadrement et en présence du directeur général. Ce type de réunion est assez peu propice aux échanges mais elle permet de transmettre des informations et des messages au plus grand nombre. La présence du directeur général de l'établissement nous semble essentielle et participe à la reconnaissance des équipes d'encadrement.

#### **4.2.2 Promouvoir un partenariat fort entre les cadres de santé et les équipes médicales**

La performance des organisations dans les unités de soins, la qualité et la sécurité des soins, la qualité de vie au travail, la satisfaction des usagers et des professionnels sont, nous le savons, particulièrement dépendantes du management et, a fortiori, du binôme que constituent le cadre de santé et le médecin responsable de l'unité mais aussi de la qualité des relations qu'entretiennent le cadre et le chef de pôle.

La dégradation de la qualité des relations humaines avec les équipes médicales a été citée, dans notre enquête, comme un élément qui contribue à la démotivation des cadres de santé. Grâce à son lien privilégié avec le président de la CME, le directeur des soins dispose de marges de manœuvre pour améliorer la relation entre les équipes médicales et les cadres de santé. Il est en effet en capacité, en collaboration avec le président de la CME, d'impulser une dynamique qui associe les médecins et l'encadrement autour, par exemple, de la qualité et de la sécurité des soins.

A cet effet, nous formulons, en tant que futur directeur des soins, les propositions suivantes :

- A) Accompagner les équipes d'encadrement (encadrement supérieur et cadres de proximité) dans la **formalisation des projets de services** en co-construction avec la communauté médicale, en apportant, notamment, un soutien méthodologique et en prévoyant les modalités d'évaluation de ceux-ci.
- B) Proposer la **rédaction d'une charte de fonctionnement « médecins/cadres »** au sein des pôles qui définira les organisations de chaque service : horaires des visites médicales, programmation et fréquence des temps de rencontre entre le chef de service, le chef de pôle et l'encadrement par exemple ; programmation et fréquence des réunions de service auxquelles participent les agents...
- C) Développer les **démarches d'analyse de pratiques** en lien avec la direction de la qualité et la communauté médicale. Proposer la désignation de référents qualité médecins et paramédicaux dans chaque unité afin de porter et développer la démarche d'analyse de pratique, la formalisation des chemins cliniques et, plus largement, la démarche qualité. Cette dernière permet ici, au-delà de son impact sur la qualité de prise en charge des patients, de créer des liens entre le cadre de santé, les soignants et les médecins.
- D) Mettre en place des **formations communes aux médecins et cadres de santé**. L'acquisition d'une culture commune dans certains domaines (la prévention et la gestion des risques par exemple), le partage d'idées, l'échange autour de thématiques diverses dans un lieu distinct de l'environnement habituel de travail nous paraissent créer les conditions favorables à la prise en compte réciproque des rôles et missions de chacun et conduire ainsi à l'émergence de projets partagés. Proposer également la mise en place de **formations communes aux cadres supérieurs de pôle et chefs de pôle** nous semble indispensable. Là encore, une telle formation pourrait conduire à améliorer leur performance collective. La fonction de cadre supérieur de pôle qui, bien-sûr, ne faisait pas l'objet de notre travail, nécessite néanmoins un niveau de qualification et des compétences spécifiques en gestion, management, conduite de projet... qui, aujourd'hui, ne sont pas toujours adaptées ou présentes. La nécessité d'une formation pour l'accès aux fonctions de cadre de pôle nous semble indiscutable.
- E) **Rencontrer de manière régulière, les chefs de pôle** afin d'identifier l'impact sur les organisations et la qualité des prises en charge du dispositif managérial mis en place et pour développer le dialogue. Le directeur des soins doit ici veiller à

conforter la place du cadre supérieur de pôle tout en faisant valoir sa propre expertise des organisations soignantes.

#### **4.2.3 Valoriser l'encadrement au sein de l'institution**

Notre objectif, en tant que futur directeur des soins, est de mieux faire connaître et de valoriser les cadres de santé. Ils ont besoin, nous l'avons vu au travers de notre enquête, de reconnaissance de la part de leurs équipes, de leur hiérarchie et de la communauté médicale. Cette reconnaissance est, pour eux, une forme de récompense pour le travail et l'engagement qu'ils fournissent. Elle est une source majeure de motivation.

L'encadrement supérieur et la communauté médicale sont bien-sûr en capacité de valoriser les cadres de santé. Néanmoins, le directeur des soins, en sa qualité de pilote de l'encadrement, se doit de le faire et dispose des moyens nécessaires pour valoriser ses collaborateurs et faire connaître, à l'ensemble des professionnels de l'institution, le travail, la force et la créativité de ces professionnels.

Nous formulons les préconisations suivantes :

##### **A) Organiser et mettre en place un séminaire annuel d'encadrement**

Lors d'un de nos stages, nous avons échangé avec un coordonnateur général des soins autour de cette thématique. Au sein de cet établissement dans lequel nous avons été accueilli, un séminaire est organisé chaque année à l'intention des équipes d'encadrement. Cet évènement est préparé bien en amont et les équipes d'encadrement sont invitées à faire part, à la direction des soins, des thématiques qu'elles souhaitent voir aborder au cours de cette journée qui leur est dédiée.

Ce séminaire, organisé pour et par les équipes d'encadrement, avec le soutien logistique et méthodologique du directeur des soins et des directions fonctionnelles, génère un sentiment d'appartenance à un corps, à un établissement, « dynamise » et fédère l'ensemble des cadres autour d'un projet et de thématiques communes. Il permet de développer la créativité et l'innovation et rompre ainsi avec le rythme et les contenus habituels du travail. L'intervention d'experts, d'universitaires à ce séminaire, la participation de l'équipe de direction, l'attention portée à la qualité de l'accueil sont autant d'éléments qui contribuent à la reconnaissance des équipes d'encadrement et à leur épanouissement. Nous proposons donc d'organiser un évènement similaire lors de notre futur exercice en qualité de directeur des soins.

##### **B) Mettre en place des espaces de dialogue**

Assortie d'une charte de fonctionnement préalablement formalisée avec les équipes d'encadrement, la mise en place d'un **forum des managers**, sur un site intranet, nous

semble intéressante. Il s'agit là de permettre aux cadres de santé et cadres supérieurs de santé d'échanger des idées, des points de vue, des interrogations. A l'instar des réseaux sociaux auxquels sont familiarisés les jeunes cadres de santé, ce forum constitue une plateforme d'échanges qui pourrait permettre de rompre l'isolement dont souffrent certains cadres de santé. Le principal objectif est ici de créer un « catalogue » dynamique recensant les « trucs et astuces » des équipes d'encadrement pour assurer leurs missions. Une vigilance reste de mise et les modalités d'accès et de contrôle doivent être pensées et posées en amont par le directeur des soins et les directions fonctionnelles concernées.

### **4.3 Améliorer la qualité de vie au travail des équipes d'encadrement**

Selon l'ANACT<sup>51</sup>, « *l'intérêt pour la Qualité de Vie au Travail (QVT) en France, prend sa source dans un ensemble de facteurs qui présentent autant de risques que d'opportunités. Ces risques ont trait à un « rabatement » de la QVT à une vague notion de bien-être au travail, de « confort », qui serait atteint par l'intermédiaire de dispositifs favorisant l'adéquation entre les attentes individuelles et les programmes RH de « promotion de la santé ». Les opportunités renvoient au développement du potentiel d'efficacité au travail, d'innovation organisationnelle et au renforcement de la prévention primaire dans l'entreprise*<sup>52</sup> ».

Notre objectif est de permettre aux cadres de santé de mieux articuler vie professionnelle et vie privée pour accroître l'efficacité au travail, diminuer le stress et leur permettre de mieux gérer leur temps. A cet effet, nous proposons de mettre en place des organisations ou services déjà testés dans différents établissements de santé.

#### **4.3.1 Diversifier les organisations de travail**

Nous savons que les journées de travail des cadres de santé sont en général longues, qu'ils font face à une multitude de demandes simultanées rendant difficile la concentration et la gestion du temps, que beaucoup d'entre-eux restent connectés à leur messagerie professionnelle au domicile, ce qui génère stress, insatisfaction, et un déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Le télétravail représente ici une alternative à l'organisation traditionnelle du travail. Déjà expérimenté dans différents établissements de santé, ce dispositif, inscrit dans la loi du 22 mars 2012 (loi Sauvadet) et réglementé par le décret n° 2016-151 du 11 février 2016 peut être mis en place, sous certaines conditions, dans la fonction publique hospitalière.

Nous proposons de **promouvoir le télétravail auprès des cadres de santé**. Ce dispositif, qui repose sur un principe de volontariat, vise à diminuer le stress et la fatigue et à permettre

---

<sup>51</sup> Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

<sup>52</sup> 10 questions sur la qualité de vie au travail, ANACT, 2016

aux professionnels concernés de travailler (maximum 12 jours par an) dans un environnement plus calme. Il offre une autonomie dans la gestion des tâches à réaliser, (préalablement définies) et une plus grande flexibilité pour concilier vie professionnelle et vie privée.

L'élaboration de plannings, la préparation de réunions ou d'entretiens annuels d'évaluation nous semblent adaptées à cette organisation qui doit toutefois être encadrée, évaluée et réversible si nécessaire. Le directeur des soins doit bien-sûr identifier, en collaboration avec l'encadrement supérieur, les secteurs compatibles avec ce type d'organisation. Le contour des missions, le management des agents qui bénéficient de cette organisation et les modalités d'évaluation du travail doivent être définis en amont par le directeur des soins.

#### **4.3.2 Améliorer le quotidien des agents**

Notre objectif est, ici encore, d'améliorer la qualité de vie au travail des cadres de santé en proposant des dispositifs susceptibles de diminuer leur stress et leurs contraintes personnelles pour, in fine, maintenir leur engagement et leur motivation au travail.

A l'instar des conciergeries d'entreprise qui ont été mises en place en France à la fin des années 2000, des conciergeries investissent progressivement les hôpitaux. A destination des usagers mais aussi des professionnels, celles-ci proposent une large gamme de services : repassage, pressing, services postaux, livraison de plateaux repas, aide aux démarches administratives, vente de paniers de fruits et légumes locaux...

La gestion de ces services se fait le plus souvent via une société qui fait le relai avec les différents prestataires, sans majoration de coût pour l'employé.

Nous préconisons donc d'évoquer, avec le directeur général, la possibilité d'offrir ce type de services aux agents et aux usagers. La **mise en place d'une conciergerie hospitalière** peut en effet s'inscrire dans le projet social de l'établissement. Enfin, au-delà de son impact sur la gestion des obligations quotidiennes, sur le confort et, plus largement, sur la qualité de vie au travail, la mise en place d'une conciergerie nous semble constituer, pour l'hôpital, un facteur d'attractivité auquel le directeur des soins et l'ensemble de l'équipe de direction sont particulièrement attachés.



## SYNTHESE DES PRÉCONISATIONS

OBJECTIFS	ACTIONS
<b>DÉVELOPPER UNE VISION PARTAGÉE DU MANAGEMENT</b>	Formaliser le projet managérial
	Associer les cadres de santé à la conception des projets
	Faciliter la gestion des ressources humaines au sein des pôles (révision des cycles de travail, analyse de la charge en soins, apprentissage de la lecture des tableaux des emplois, formalisation d'une procédure de gestion de l'absentéisme)
	Promouvoir un management de "l'aimer-faire", réaliser une cartographie des appétences
<b>AMÉLIORER LA COMMUNICATION</b>	Formaliser les circuits d'informations
	Organiser des temps d'échanges par pôles et dans les pôles entre DS, CS, CSS, médecins
	Organiser des réunions plénières d'informations en présence du DG
	Promouvoir un partenariat fort entre les CS et les équipes médicales (formaliser les projets de services, rédiger une charte de fonctionnement "médecins-cadres", développer les démarches d'analyse des pratiques, proposer des formations communes aux médecins et aux cadres de santé, rencontrer régulièrement les chefs de pôle)
	Valoriser l'encadrement au sein de l'institution (mettre en place un séminaire d'encadrement, créer un forum des managers)
<b>AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES ÉQUIPES D'ENCADREMENT</b>	Promouvoir le télétravail
	Proposer la mise en place d'une conciergerie

## Conclusion

« *Au cœur de toutes les organisations humaines émerge la question fondamentale de la motivation*<sup>53</sup> »

L'image de l'hôpital est ambivalente. D'un côté, on loue les prouesses médicales qui s'y déroulent, de l'autre, on l'accuse, dans les médias, de manière parfois un peu caricaturale, d'être un lieu où la souffrance au travail et le malaise des soignants gagnent du terrain chaque jour... Si la pertinence des messages transmis au public est parfois contestable, il n'en demeure pas moins que certains cadres de santé ressentent et vivent ce malaise. Souvent relié au tournant gestionnaire pris par les établissements de santé et à la recherche constante d'efficience dans un contexte économique contraint, le malaise des cadres et, a fortiori, leurs motivations à exercer leur fonction au quotidien interroge inévitablement notre mode de management.

L'hôpital, au cours de ces 50 dernières années, a beaucoup évolué. Les réformes hospitalières, les évolutions technologiques, les contraintes économiques sont devenues de plus en plus importantes et une logique de rationalisation s'est progressivement imposée. L'organisation du travail s'est complexifiée : activités très spécialisées, multiplicité des interlocuteurs, exigences croissantes en termes de qualité et de sécurité des soins, attentes fortes des usagers. « *Les configurations d'action sont fragiles et changeantes, et requièrent un travail d'articulation de tous les instants pour éviter les risques et permettre de maîtriser les trajectoires des patients*<sup>54</sup> ». Les métiers d'encadrement ont également évolué pour s'adapter à ces transformations de l'organisation hospitalière et à l'évolution des prises en charge. Dans un contexte en perpétuelle évolution, les cadres de santé sont, aujourd'hui plus qu'hier, les principaux porteurs de changements.

En tant que directeur des soins, nous devons accompagner mais aussi nous appuyer sur l'équipe d'encadrement pour mettre en œuvre, « sur le terrain », la politique institutionnelle et atteindre les objectifs de qualité et de sécurité des soins préalablement fixés. Nous devons accorder une attention particulière aux besoins et aux conditions de travail des cadres de santé : besoins en formation, positionnement, perspectives professionnelles, difficultés, évaluation... Nous devons en effet contribuer au maintien de la dynamique et de la motivation de ces professionnels sans lesquels la politique institutionnelle ne pourrait être conduite et les objectifs de qualité et de sécurité des soins ne pourraient être atteints.

C'est la raison pour laquelle nous avons choisi d'engager, dans le cadre de la réalisation de ce mémoire, une réflexion sur la motivation des cadres de santé. Au regard de notre projet professionnel, nous avons souhaité explorer la motivation des cadres qui exercent

---

<sup>53</sup> *Comment motiver ?* X. Montserrat, Editions d'Organisation, 2004, p 9

<sup>54</sup> *L'hôpital sous tension*, F.X. Schweyer, Hors-série Sciences Humaines, n°48, mars 2005

en CHU. Dans ces structures, la ligne hiérarchique est particulièrement « longue » et requiert cohérence et lisibilité managériale pour maintenir l'engagement des équipes d'encadrement et donner du sens à nos actions. Il nous a ainsi semblé essentiel d'identifier ce qui motive et dé motive ces professionnels pour mettre en place, dans l'exercice de notre future fonction, les conditions nécessaires au maintien et au développement de cette motivation.

S'interroger sur la motivation des cadres de santé, c'est s'interroger sur le management des équipes d'encadrement. C'est pourquoi nous avons formulé notre question de recherche autour du lien qui existe entre la stratégie managériale du directeur des soins et la motivation des cadres de santé.

Notre enquête, menée auprès d'un large échantillon de cadres, nous indique que les cadres de santé sont toujours, dans la grande majorité, motivés par leur fonction.

Elle nous a également permis d'identifier les facteurs de motivation de ces professionnels. La reconnaissance de l'équipe soignante, l'autonomie dans le travail (dans un cadre clairement défini), la prise de responsabilités, l'attention et le soutien de la hiérarchie en sont les principaux éléments. Cette enquête nous a également permis d'identifier ce qui dé motive les cadres de santé. Le manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie, ce sentiment d'être « transparent », les difficultés de gestion des ressources humaines liées à l'absentéisme, les projets qui n'aboutissent pas, le travail dans l'urgence, la dégradation des relations humaines ou encore les injonctions paradoxales érodent la motivation.

Les directeurs des soins interrogés dans le cadre de notre enquête ont pleinement conscience des difficultés que rencontrent les cadres de santé et de leurs besoins de reconnaissance notamment. Les cadres supérieurs de santé pointent également une dégradation des relations humaines dans les unités qui complexifient le travail des cadres de santé mais mettent également en avant quelques maladroites, parfois, dans leur manière de communiquer.

Nous avons, au regard de l'analyse des résultats de notre enquête, formulé quelques préconisations qui s'inscrivent dans la stratégie managériale du directeur des soins. Celles-ci s'articulent autour de trois thématiques : le management, la communication, la qualité de vie au travail. Notre objectif est de créer les conditions favorables à la motivation et non pas de nous attacher exclusivement à réduire les facteurs de dé motivation. Nous considérons en effet qu'il est indispensable de valoriser les réussites, initiatives et points forts de ces professionnels pour susciter la satisfaction et développer le plaisir au travail qui constituera, demain, un des piliers de notre stratégie managériale.

---

# Bibliographie

---

ANACT – Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail - *10 questions sur la qualité de vie au travail*, 2016

BOURGEON D, *Du soin à l'encadrement : trajectoires de vie et motivations professionnelles*, Lamarre, 2016

CHARPENEL G, *Le plaisir, nouvel enjeu du management ?* Maxima, 2015

CNG - *Référentiel métier de directeur des soins*, 2010

ENSP - *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, tome 2, 2007

IRDES - *Historique des réformes hospitalières en France*, avril 2015

MONTERRAT X, *Comment motiver ?* Editions d'Organisation, 2004

DE TERSSAC G, *Autonomie et travail*, dictionnaire du travail, PUF, 2012

THUILIER O, VIAL M, *L'évaluation au quotidien des cadres de santé à l'hôpital*, Lamarre, 2003

VALLERAND R.J, THILL E.E, *Introduction à la psychologie de la motivation*, Editions études vivantes, 1993

## **Revue, Articles, Notes**

BLAIS M.R, LACHANCE L, VALLERAND R.J, BRIERE N.M, RIDDLE A, *Echelle de motivation au travail*, Revue Québécoise de Psychologie 14 (3) 185-215

BRUN J.P, *La reconnaissance au travail*, Les grands dossiers des sciences humaines, « malaise au travail », n°12, automne 2008

DE BORT C, FOURSANS S, *Le malaise des cadres hospitaliers*, Revue hospitalière de France, n°490, janvier-février 2003

DIVAY S, GADEA C, *Les cadres de santé face à la logique managériale*, Revue française d'administration publique, 2008, n°128

FERONI I, KOBER-SMITH A, *La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne*, Revue française de sociologie 2005/3 (Vol. 46)

GILIBERT D, GILLET I, PERRIN C, *Les aspects intrinsèques de la motivation et de la satisfaction au travail et leur lien supposé avec la performance au travail*, Carrièreologie, vol. 11, 2008

MINTZBERG H, *Le management, voyage au centre des organisations*, Editions d'organisation, 2004

OUHARZOUNE Y, *Entretien avec Marisol Touraine*, Soins Cadres, septembre 2016, n°99

PESSIGLIONE M, *Motivation et récompense: le point de vue des neurosciences cognitives*, La lettre du neurologue, vol 13, n°3, mars 2009

ROUSSEL P, *La motivation au travail, concept et théories*, LHIRE Université de Toulouse I, Sciences sociales, note 326, octobre 2000

SCHWEYER F.X, *L'hôpital sous tension*, Hors-série Sciences Humaines, n°48, mars 2005

### **Thèses, Mémoires**

AMOURA C. « *La place et le rôle du « Contrôle » dans la Théorie de l'Autodétermination* », Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en psychologie sociale » Université de Reims Champagne-Ardenne, décembre 2013

FRANZI B, « *Le projet managérial du directeur des soins, un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement* », mémoire de directeur des soins, EHESP, 2013

HERVE E, « *Prévenir l'épuisement professionnel des cadres de santé* », mémoire de directeur des soins, EHESP, 2013

REINHARDT S. « *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* » Thèse pour l'obtention du grade de Docteur en Sociologie, Université Paris 8 - Vincennes Saint-Denis, Ecole Doctorale de Sciences Sociales, mars 2011

### **Rapports**

DGOS. *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Chantal de Singly, septembre 2009

Ministère de la Santé et des Affaires Sociales : *Pacte de confiance pour l'hôpital* présenté par E. COUTY, 2013

### **Textes réglementaires**

Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

---

## Liste des annexes

---

- ANNEXE I** : L'encadrement infirmier en France – p II
- ANNEXE II** : Questionnaire à l'intention des cadres de santé – p III
- ANNEXE III** : Guide d'entretien directeur des soins IFCS – p VII
- ANNEXE IV** : Guide d'entretien directeur des soins CHU – p IX
- ANNEXE V** : Guide d'entretien cadres supérieurs de santé – p X
- ANNEXE VI** : Parcours professionnels des cadres de santé – p XI
- ANNEXE VII** : Projets professionnels des cadres de santé – p XI
- ANNEXE VIII** : Motivations pour devenir cadre de santé – p XII
- ANNEXE IX** : Principales motivations des cadres de santé pour continuer d'exercer cette fonction – p XIII
- ANNEXE X** : Facteurs de démotivation – p XIV
- ANNEXE XI** : Attentes des cadres de santé vis-à-vis des cadres supérieurs de santé – p XVII
- ANNEXE XII** : Attentes des cadres de santé vis-à-vis du directeur des soins – p XVIII
- ANNEXE XIII** : Représentations de la fonction cadre de santé – p XIX

## ANNEXE I

### L'ENCADREMENT INFIRMIER EN FRANCE<sup>55</sup>

	Période traditionnelle (1940-1960)	Période de modernisation (1960-1985)	Période gestionnaire (1985-2000)
<b>Encadrement de proximité</b>	<i>Surveillante</i> (1943)  <b>Fonctions :</b> – Contrôle de l'activité et des personnels d'une unité – Participation aux soins	<i>Cadre infirmier</i> (1978)  <b>Fonctions :</b> – Contrôle de l'activité d'une unité – Animation des personnels	<i>Cadre de santé</i> (1995)  <b>Fonctions :</b> – Contrôle direct de l'activité d'une unité/du personnel soignant – Gestion quotidienne des consommables
<b>Encadrement intermédiaire</b>	<i>Surveillante de pavillon</i> (dans les grands hôpitaux)  <b>Fonctions :</b> – Contrôle de l'activité de plusieurs unités	<i>Surveillante chef</i> (grade créé en 1962)  <b>Fonctions :</b> – Contrôle de l'activité de plusieurs unités – Planification du personnel	<i>Cadre infirmier supérieur</i> ↓ <i>Cadre supérieur de santé</i> (après 2001)  <b>Fonctions :</b> – Régulation des flux de patients – Planification du personnel – Planification budgétaire – Fonctions transversales (qualité)
<b>Encadrement supérieur</b>	<i>Surveillante générale</i> (rare, dans grands hôpitaux)  <b>Fonctions :</b> – Gestion des personnels infirmiers	<i>Infirmière générale</i> (grade créé en 1975)  <b>Fonctions :</b> – Planification des besoins en personnels	<i>Infirmière générale adjointe</i>
<b>Niveau directorial</b>			<i>Directeur du service des soins infirmiers</i> (1991) ↓ <i>Directeur des soins</i> (après 2001)  <b>Fonctions :</b> – Responsable de tous les personnels soignants (recrutement, formation) – Planification à long terme de la politique de soins

<sup>55</sup> La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, Isabelle Feroni, Anémone Kober-Smith. Revue française de sociologie, 2005/3 vol 46, p 489



## **ANNEXE II**

### **QUESTIONNAIRE A L'INTENTION DES CADRES DE SANTÉ**

Bonjour,

Je suis élève directrice des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique de Rennes et réalise, dans le cadre de ma formation, un mémoire dont le thème central est " la motivation des cadres de santé".

Mon objectif est d'identifier ce qui génère et maintient la motivation chez les cadres de santé mais également d'identifier ce qui lui nuit. Pour me permettre de conduire ce travail qui me sera utile dans l'exercice de mes futures fonctions, je vous serais reconnaissante de bien vouloir m'accorder un peu de votre temps en répondant à ce questionnaire en ligne, si possible avant le 20 août. Ce questionnaire est anonyme.

Je vous remercie à l'avance de l'aide précieuse que vous m'apporterez et vous prie d'agréer Madame, Monsieur, l'expression de mes cordiales salutations.

Fabienne Banchet

#### **1) Vous êtes :**

Une femme

Un homme

#### **2) Quel âge avez-vous ?**

#### **3) Quelle est votre formation initiale ?**

Infirmier(e) DE

Infirmier(e) spécialisé(e) (IBODE, IADE...)

Médico-technique (MER, Tech lab...)

Autres

#### **4) Avant d'entrer en formation "cadre de santé", avez-vous occupé un poste de faisant-fonction de cadre de santé ?**

Oui

Non

#### **5) Si oui, pendant combien de temps avez-vous occupé ce poste de FF cadre de santé ?**

**6) Indiquez votre ancienneté dans la fonction cadre de santé (depuis que vous êtes diplômé(e)) :**

**7) Merci d'indiquer, brièvement, votre parcours professionnel (avant d'être cadre de santé et depuis que vous êtes cadre de santé) :**

**8) Quelles étaient vos principales motivations pour devenir cadre de santé ?**

**9) Quelles sont, aujourd'hui, vos principales motivations pour exercer cette fonction ?**

- Mes missions et objectifs sont explicites
- Je me sens utile au sein de l'institution
- Je dispose des moyens nécessaires à la réalisation de mes missions
- Je travaille sur des projets qui m'intéressent
- Je travaille sur mes propres projets
- J'ai des responsabilités
- Je suis reconnu(e) par ma hiérarchie
- Je suis reconnu(e) par mon équipe
- Je suis reconnu(e) par mes pairs
- Je suis reconnu(e) par les personnes soignées
- Je suis reconnu(e) par les équipes médicales
- Je peux compter sur mes supérieurs hiérarchiques en cas de difficultés
- J'ai le droit à l'erreur
- Je suis suffisamment autonome dans mon travail
- L'ambiance de travail me plaît
- Je suis encouragé(e) à progresser, à évoluer professionnellement

**10) Avez-vous des précisions à apporter à la question 9 ? si oui, lesquelles ?**

Oui

Non

**11) Sur une échelle de 1 à 10, où situez-vous votre motivation ? (1 = absence de motivation ; 10 = motivation extrêmement importante)**

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**12) Quelles sont les principales difficultés ou contraintes que vous rencontrez aujourd'hui dans l'exercice de cette fonction ?**

- Les relations avec l'équipe soignante
- Les relations avec les médecins
- Les relations avec les supérieurs hiérarchiques
- Les relations avec les familles
- L'absentéisme

- La gestion des plannings
- La conduite de projets
- Le sentiment d'isolement face à l'équipe
- La gestion de plusieurs unités
- Le manque d'autonomie
- Le manque d'informations ou de connaissances concernant la politique et/ou les projets institutionnels
- Le positionnement au sein de l'équipe
- Le manque d'accompagnement dans la conduite des projets
- L'évaluation des compétences des professionnels
- L'évaluation des pratiques
- La fonction contrôle
- La prise de décision (difficulté à faire des choix seul(e))

**13) Avez-vous identifié d'autres contraintes ou difficultés que celles indiquées à la question 12 ? si oui, lesquelles ?**

**14) Vous sentez-vous parfois démotivé(e) ?**

Oui, souvent

Oui, de temps en temps

Rarement

Non, jamais

**15) Si vous avez répondu "oui" à la question 14, pouvez-vous préciser ce qui génère ce sentiment de démotivation ?**

**16) Avez-vous un projet professionnel ?**

Oui

Non

**17) Si vous avez répondu "oui" à la question 16, pouvez-vous préciser la nature de ce projet professionnel ?**

**18) Quelles sont vos attentes à l'égard de l'encadrement supérieur ?**

**19) Quelles sont vos attentes à l'égard du directeur des soins ?**

**20) Parmi ces 25 mots, choisissez les 5 qui, selon vous, évoquent le mieux la fonction cadre de santé :**

Autonomie  Autorité  Communication  Conflit  Contrainte(s)  Contrôle  Evaluation   
Hiérarchie  Investissement  Médecins  Négociation  Objectifs  Organisation(s)

Personnes soignées  Pilotage  Planning  Pouvoir  Projet  Relations humaines   
Récompense  Reconnaissance  Responsabilités  Satisfaction  Soins  Traçabilité

**21) Parmi ces 25 mots, choisissez les 5 qui, selon vous, évoquent le moins bien la fonction cadre de santé :**

Autonomie  Autorité  Communication  Conflit  Contrainte(s)  Contrôle  Evaluation   
Hiérarchie  Investissement  Médecins  Négociation  Objectifs  Organisation(s)   
Personnes soignées  Pilotage  Planning  Pouvoir  Projet  Relations humaines   
Récompense  Reconnaissance  Responsabilités  Satisfaction  Soins  Traçabilité

## ANNEXE III

### GUIDE D'ENTRETIEN DIRECTEUR DES SOINS IFCS

- Ancienneté dans la fonction DS IFCS
- Parcours professionnel DS

#### A - ETUDIANTS EN PREPARATION DU CONCOURS D'ENTREE EN FORMATION CADRE DE SANTE

1. Quelles sont leurs principales motivations pour devenir CS ?
2. Quelles sont leurs représentations de la fonction cadre ?
3. Comment perçoivent-ils le niveau de leurs futures responsabilités ? (/organisation des soins, fonction contrôle, gestion des ressources humaines, qualité et sécurité des soins, responsabilité envers l'institution et les patients...)
4. Quelles contraintes identifient-ils dans l'exercice de leur fonction ?

#### B - ETUDIANTS EN COURS DE FORMATION CADRE DE SANTE

1. Quels sont les profils ? Ont-ils évolué au cours des 10 dernières années ?
  - Age
  - Formation initiale
  - Projet professionnel (cadre de proximité – cadre formateur)
2. Quelles sont leurs principales motivations pour devenir CS ?
3. Quels cadres de santé veulent-ils être ?
4. Leur conception de la fonction cadre et leur perception du contexte hospitalier actuel vous paraissent-elles réalistes à l'entrée en formation ?
5. Comment évoluent-elles au cours de la formation ?
6. Leur conception de la fonction cadre et leur perception du contexte hospitalier actuel vous paraissent-elles réalistes en fin de formation ?
7. Comment évoluent leurs motivations au cours de la formation ?

8. Quelles contraintes identifient-ils dans l'exercice de leur fonction ?
  
9. J'entends beaucoup parler du besoin de reconnaissance des cadres de santé, qu'en pensez-vous ?

## ANNEXE IV

### GUIDE D'ENTRETIEN DIRECTEUR DES SOINS CHU

- Ancienneté dans la fonction DS
  - Parcours professionnel DS
5. Comment les cadres de santé perçoivent-ils le niveau de leurs responsabilités ?  
(/organisation des soins, fonction contrôle, gestion des ressources humaines, qualité et sécurité des soins, responsabilité envers l'institution et les patients...)
  6. Quels sont leurs points forts ? leurs points faibles ?
  7. Qu'est-ce qui motive les cadres aujourd'hui ?
  8. Comment évoluent leurs motivations ?
  9. Quels sont les principaux facteurs de démotivation ?

#### *Relances*

Multiplicité des demandes

Manque d'écoute et d'accompagnement de la part de la hiérarchie, de la DS

Equipes soignantes dans la plainte

Manque d'informations

Relations humaines

Manque de proximité avec le DS

10. Que pensez-vous du binôme cadre de santé/médecin responsable de l'unité ?
11. Quels sont les leviers dont vous disposez pour maintenir et développer leur motivation ?  
*Relances*  
Politique managériale  
Projet managérial  
Collectif cadres...
12. Les cadres de santé réclament de la reconnaissance, pouvez-vous me parler un peu de ce besoin ?

## ANNEXE V

### GUIDE D'ENTRETIEN CADRES SUPÉRIEURS DE SANTÉ

- Formation initiale :
  - Année d'obtention du diplôme cadre :
  - Ancienneté dans la fonction cadre supérieur de santé (demander description rapide du parcours professionnel) :
  - Nbre de cadres de santé placés sous la responsabilité du CSS :
1. Profil des CS qui travaillent avec vous :
  2. Comment vont les cadres de santé de votre équipe ? On entend souvent parler du malaise des cadres, qu'en pensez-vous ?
  3. Qu'est-ce qui les motive ?
  4. Qu'est-ce qui les dé motive ?
  5. Qu'est-ce qui, dans l'exercice de leur fonction, les met le plus en difficulté ? (points faibles)
  6. Qu'est-ce qu'ils maîtrisent le mieux dans l'exercice de leur fonction ? (points forts)
  7. Expliquez votre mode de management :
  8. Qu'attendez-vous des cadres de santé qui travaillent avec vous ?
  9. Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez avec les cadres de santé ?
  10. Dans quel(s) domaines doivent-ils, selon vous, progresser ?
  11. Quels sont les projets sur lesquels travaillent les cadres de santé ? s'agit-il de projets institutionnels ou des projets personnels ?
  12. La collaboration avec les équipes médicales est-elle effective pour tous ? Comment se traduit-elle sur le terrain ?
  13. Comment faites-vous pour maintenir et développer la motivation des cadres de santé de votre équipe ?



## **ANNEXE VI**

PARCOURS PROFESSIONNEL DES CADRES DE SANTÉ		
EXPERIENCES	NOMBRE DE REPOSES	TAUX
Plusieurs expériences professionnelles dans la fonction initiale	80	70,17%
Expériences professionnelles dans plusieurs établissements de santé	47	41,22%
Expériences en formation	15	
Expériences professionnelles à l'étranger	9	
Evolution professionnelle au sein de la FPH (ex : ASH puis AS puis IDE...)	8	
1 mobilité depuis le début de l'exercice de la fonction CS	20	17,54%
2 mobilités depuis le début de l'exercice de la fonction CS	18	15,78%
3 mobilités depuis le début de l'exercice de la fonction CS	9	
4 mobilités depuis le début de l'exercice de la fonction CS		
5 mobilités depuis le début de l'exercice de la fonction CS	3	

## **ANNEXE VII**

PROJETS PROFESSIONNELS DES CADRES DE SANTÉ	
Suivre une formation en Master 2	13
Suivre une formation DU	2
Se former dans un domaine spécifique pour exercer ensuite une fonction transversale au sein du CH ou GHT ou travail en réseaux	7
Changer de métier (en restant dans le milieu du soin)	7
Changer de poste (mobilité)	6
Devenir CSS	8
Devenir DS	2
Devenir D3S	1
Faire de la formation	3
Changer d'établissement (travailler dans une petite structure)	1
Quitter la FPH	4
Ne sait pas quoi faire - en questionnaire	3
Bilan de compétences	1

## **ANNEXE VIII**

MOTIVATIONS POUR DEVENIR CS	
ITEMS	NOMBRE DE REPONSES
Impulser, conduire, piloter des projets	23
Manager, gérer, animer une équipe	18
Agir sur les organisations	18
Améliorer la prise en charge des patients	15
Améliorer la com. avec les soignants, faire preuve de bienveillance et d'équité	12
S'impliquer dans l'institution, avoir une vision plus globale	11
Avoir plus de responsabilités	10
Souhait d'évolution professionnelle, ambition	10
Remplir de nouvelles missions	7
Agir sur le parcours patient, l'organiser, le fluidifier	6
Accompagner les équipes dans le développement des compétences	6
Besoin d'autonomie	5
Accéder à un poste de formateur	4
Développer de nouvelles connaissances	4
« Faire » de la gestion des ressources humaines	4
Etre davantage en contact avec les familles	4
Transmettre et partager des valeurs professionnelles	4
Travailler en contact avec les médecins	3
Travailler en pluridisciplinarité	3
Sentiment d'avoir "fait le tour" de sa fonction	3
Améliorer les conditions et la qualité de vie au travail	3
Accompagner les projets professionnels des agents, détecter les potentiels	2
Gérer son temps et son travail	2
Devenir directeur des soins	1

## **ANNEXE IX**

PRINCIPALES MOTIVATIONS DES CADRES DE SANTÉ POUR CONTINUER D'EXERCER LA FONCTION - N=114	TOTAL	CLASSEMENT
Je suis reconnu(e) par mon équipe	91	1
Je suis suffisamment autonome dans mon travail	87	2
Je travaille sur des projets qui m'intéressent	80	3
J'ai des responsabilités	68	4
Je suis reconnu(e) par mes pairs	67	5
Je suis reconnu(e) par les équipes médicales	62	6
Je suis reconnu(e) par ma hiérarchie	55	7
Je peux compter sur mes supérieurs hiérarchiques en cas de difficultés	54	8
L'ambiance de travail me plait	46	9
Je suis reconnu(e) par les personnes soignées	43	10
Je travaille sur mes propres projets	33	11
Mes missions et objectifs sont explicites	32	12
Je suis encouragé(e) à progresser	29	13
J'ai le droit à l'erreur	19	14
Je dispose des moyens nécessaires à la réalisation de mes missions	6	15

## **ANNEXE X**

FACTEURS DE DÉMOTIVATION - EN LIEN AVEC LA HIÉRARCHIE	
FACTEURS DE DÉMOTIVATION	NOMBRE DE REPONSES
Manque de reconnaissance et de prise en compte par la Direction, la hiérarchie, des difficultés rencontrées, difficultés de communication	21
Sentiment d'isolement	9
Manque d'accompagnement / collaboration	8
Multiplicité des demandes	7
Manque d'autonomie	7
Absence ou lenteur des réponses	6
Injonctions paradoxales	5
Politique managériale de l'institution	3
Manque d'informations	3
Sentiment de discrédit/organisations syndicales	3
Non prise en compte des RPS	3

FACTEURS DE DÉMOTIVATION - EN LIEN AVEC L'EXERCICE INDIVIDUEL	
Sentiment de ne pas pouvoir finaliser ses projets	18
Sentiment de fatigue, d'épuisement, d'usure professionnelle	9
Perte de temps, d'énergie	7
Manque de temps	6
Conflit de valeurs	5
Travail constamment dans l'urgence	5
Sentiment d'impuissance face aux équipes médicales et paramédicales pour conduire les changements	4
Sentiment de ne pas pouvoir atténuer les difficultés dans les unités	4
Insatisfaction au regard des résultats obtenus pour les équipes et les patients	4
Mauvaises conditions de travail	3
Stress	3
Gestion de la pénurie	2
Manque de stimulations intellectuelles	2
Impact de la fonction sur la vie privée	2
Rémunération	1

FACTEURS DE DÉMOTIVATION - EN LIEN AVEC LA QUALITÉ DES RELATIONS HUMAINES AU SEIN DES UNITÉS	
Difficultés relationnelles avec les équipes soignantes (tension ou plaintes récurrentes, résistance au changement, rapport au travail, manque de respect, déresponsabilisation des agents, absentéisme)	17
Difficultés relationnelles avec les équipes médicales (ingérence dans le management des agents, refus de collaborer ou opposition...)	9

FACTEURS DE DÉMOTIVATION - EN LIEN AVEC LES CONDITIONS D'EXERCICE	
Manque de moyens humains	17
Gestion des plannings liée à l'absentéisme	10
Manque de matériel	5
Lenteur des services administratifs et logistiques	5

FACTEURS DE DÉMOTIVATION - EN LIEN AVEC LE CONTEXTE POLITIQUE	
Economie prime sur les valeurs soignantes	7
Politique publique de santé	4

## **ANNEXE XI**

ATTENTES DES CADRES DE SANTÉ VIS A VIS DES CSS		
ITEMS	NOMBRE DE REPONSES	TAUX
Accompagnement dans la conduite des projets, les réorganisations et soutien en cas de difficultés	56	49%
Aide à la prise de décision, conseils	28	25%
Ecoute, attention	25	22%
Communication, dialogue	21	18%
Piloter l'équipe d'encadrement, arbitrer, harmoniser le fonctionnement au sein de l'équipe cadres, expliquer les décisions	20	18%
Positionnement face à l'équipe CS et à la direction, directives claires	19	17%
Défendre les dossiers difficiles	16	14%
Confiance	16	14%
Etre moteur, initier des projets, innover, dynamiser l'équipe de CS, fédérer l'encadrement	16	14%
Informations sur les projets et la politique institutionnelle	15	13%
Objectivité, équité, bienveillance, respect	12	11%
Travail en collaboration	10	9%
Répondre aux questions, donner les moyens de faire	10	9%
Aide méthodologique	10	9%
Transparence	8	7%
Disponibilité, proximité	8	7%
Reconnaissance	7	6%
Autonomie	7	6%
Relai vers la DS	6	5%
Prendre le relai en cas de difficulté avec l'équipe	4	4%
Valoriser et motiver les CS	4	4%
Pas de besoin	3	3%
Connaissance du terrain et du travail à effectuer	3	3%
Permettre d'apprendre davantage et de progresser	3	3%
Confier davantage de responsabilités	3	3%
Accompagner les projets professionnels	2	2%

## **ANNEXE XII**

ATTENTES DES CADRES DE SANTÉ VIS À VIS DU DS		
ITEMS	NOMBRE DE REPONSES	TAUX
Ecoute, dialogue, prise en compte des difficultés	39	34%
Plus de proximité, de temps d'échanges, de collaboration	27	24%
Accompagnement dans la conduite des projets, les réorganisations et les situations complexes	26	23%
Conseils, soutien, aide dans les dossiers complexes	21	18%
Informations sur les projets et la politique institutionnelle	16	14%
Reconnaissance du travail accompli et de l'atteinte des objectifs	15	13%
Piloter et positionner l'encadrement au sein de l'institution	11	10%
Capacité à prendre des décisions claires et cohérentes	9	8%
Cesser les injonctions paradoxales	7	6%
Expliquer les directives	6	5%
Aucune attente	6	5%
Connaissance des missions confiées et des projets menés par les cadres de santé	5	4%
Transparence en matière de politique RH	5	4%
Développer une politique de soins claire et dynamique	5	4%
Equité, bienveillance	5	4%
Etre le garant de la défense de la qualité des soins et des personnes soignées	4	3%
Accompagnement des projets professionnels CSS	4	3%
Intervenir sur "le terrain"	4	3%
Apporter une grille de lecture différente des projets, des enjeux, des difficultés	4	3%
Défendre certains dossiers	4	3%
Etre le relai auprès de la DRH	4	3%
Mettre en place des espaces d'échanges et de réflexion pour mise à distance du quotidien	3	3%
Développer une politique managériale innovante	3	3%
Réactivité	3	3%
Promouvoir la qualité de vie au travail	3	3%



## **ANNEXE XIII**

REPRÉSENTATIONS DE LA FONCTION CADRE DE SANTÉ	
Termes les plus représentatifs de la fonction	Taux
Communication	63%
Relations humaines	60%
Organisation	54%
Responsabilités	46%
Négociation	43%
Evaluation	32%
Autonomie	32%
Investissement	32%
Planning	29%
Projet	21%
Personnes soignées	21%
Pilotage	18%
Objectifs	16%
Contraintes	13%
Soins	10%
Contrôle	9%
Reconnaissance	8%
Autorité	6%
Conflit	6%
Traçabilité	4%
Satisfaction	4%
Médecins	4%
Hiérarchie	2%
Récompense	0%
Pouvoir	0%

REPRÉSENTATIONS DE LA FONCTION CADRE DE SANTÉ	
Termes les moins représentatifs de la fonction	Taux
Pouvoir	80%
Récompense	78%
Autorité	45%
Reconnaissance	36%
Contraintes	32%
Conflit	31%
Médecins	28%
Pilotage	22%
Soins	21%
Autonomie	16%
Hierarchie	14%
Satisfaction	14%
Contrôle	11%
Traçabilité	11%
Planning	6%
Personnes soignées	6%
Objectifs	4%
Négociation	4%
Investissement	3%
Projets	3%
Organisation	2%
Communication	2%
Relations humaines	1%
Responsabilités	0%
Evaluation	0%





BANCHET

Fabienne

Décembre 2017

## **Filière Directeur des Soins**

Promotion Antoine de Saint Exupéry - 2017

### **La motivation des cadres de santé : Quel lien avec la stratégie managériale du directeur des soins ?**

#### **Résumé :**

A l'hôpital, la motivation des cadres de santé est déterminante pour le management des équipes soignantes, la mise en œuvre des politiques institutionnelles, la qualité de prise en charge des usagers, la performance des organisations. Elle constitue une préoccupation majeure pour le directeur des soins qui doit créer les conditions favorables à son développement.

S'interroger sur la motivation des cadres de santé, c'est s'interroger sur le management des équipes d'encadrement. C'est pourquoi nous nous intéressons, dans ce travail, au lien qui existe entre la stratégie managériale du directeur des soins et la motivation des cadres de santé. Notre enquête nous a permis d'identifier les facteurs de motivation et de démotivation des cadres de santé qui exercent en CHU. La reconnaissance est un élément clé.

Nous avons, à l'issue de l'analyse, formulé quelques préconisations qui s'inscrivent dans la stratégie managériale du directeur des soins. Elles concernent les domaines suivants : le management, la communication, la qualité de vie au travail.

#### **Mots clés :**

Cadres de santé, Directeur des soins, Motivation, Management, Stratégie  
Reconnaissance, Communication, Autonomie.

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*