



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2020**

Date du Jury : **décembre 2020**

**De la prise en compte du contrat psychologique des cadres
paramédicaux par le directeur des soins à la motivation
organisationnelle de ces encadrants.**

Laurent LAMARGOT



EHESP

Remerciements

La conception et la réalisation de ce mémoire n'auraient pas été rendues possibles sans la contribution de certaines personnes qui m'ont été d'un grand soutien. Je tiens donc à les en remercier.

Je remercie tout d'abord Mme Catherine CHEVREUX-DAGORET, Directrice des soins, pour son accompagnement à même de faire cheminer ma réflexion en lui donnant une orientation pragmatique.

Merci également à Mme DAUBAS-LETOURNEUX, sociologue, pour les critiques constructives qu'elle a pu me formuler et qui m'ont permis de mener ce travail en évitant certains écueils, tant théoriques qu'opérationnels.

Plus que la collaboration directe quant à la réalisation de ce mémoire professionnel, je tiens à adresser mes plus sincères remerciements aux équipes de direction qui m'ont chaleureusement accueilli en stage durant la formation et permis de progresser de manière sereine dans mon parcours professionnalisant.

Mes remerciements s'adressent également à tous les professionnels de santé qui m'ont consacré le temps nécessaire et se sont confiés en toute simplicité et honnêteté pour me permettre de progresser dans mon travail et, de façon plus générale, dans ma projection professionnelle.

Et enfin, c'est avec une reconnaissance infinie que je remercie mes amis de promotion et plus encore, ceux avec lesquels je partage ma vie depuis deux ans, depuis le début de la préparation au concours d'entrée en formation. A ce titre, merci à vous, Chaou, Sandrine, Frédéric, Anne-Lise, Catherine, Anne et Agnès, mes amis, pour votre soutien indéfectible et inconditionnel.

Table des matières

Introduction	1
Situations de départ et problématique	2
Problématique	5
Cadre conceptuel	6
Le contrat psychologique.....	6
Les différents types de contrat psychologique.....	7
La formation du contrat psychologique.....	8
Rupture et violation du contrat psychologique	9
Les conséquences d'une rupture et d'une violation du contrat psychologique.....	10
La motivation organisationnelle	10
Le paradigme des besoins, des mobiles et des valeurs	13
Le paradigme du choix cognitif	15
Les paradigmes de l'autorégulation, de la métacognition.	17
Contrat psychologique, motivation organisationnelle et hiérarchie.....	19
Méthodologie de la recherche.....	20
Entretiens semi-directifs	20
Les populations interrogées.....	21
Analyse et discussion des entretiens	22
Qu'est-ce qui a motivé votre choix de profession ?	23
.....	23
De quoi sont constitués les parcours professionnels ?.....	24
Durant votre parcours professionnel, qu'est-ce qui a motivé votre choix d'établissement ?	25
Qu'est-ce que pour vous être directeur des soins, cadre de santé, cadre supérieur de santé, cadre formateur ?	27
Quels sont les éléments qui vous ont attiré prioritairement vers cet établissement ?	30
Comment appréhendez-vous vos missions dans cet établissement ?	30
Qu'est-ce qui vous motive sur ce poste ?	31
Comment vos responsables hiérarchiques contribuent-ils à votre motivation ?.....	32
Comment en tant que responsable hiérarchique contribuez-vous à la motivation des professionnels placés sous votre autorité ?	33
Combien de temps pensez-vous encore travailler dans ce service, dans cet établissement ?	34
Préconisations.....	36
Soigner le recrutement	36
Détection des talents	37
Accompagnement, désignation de tuteurs pour les faisant-fonction	38

L'entretien annuel d'évaluation.....	38
Philosophie de l'encadrement	39
Collégialité de l'encadrement	39
Rencontre avec les cadres supérieurs.....	40
Rencontre avec les cadres de santé.....	40
Philosophie des soins	42
Attitude bienveillante	42
Valorisation du travail en réseaux.	42
Lien avec instituts de formation et lieux de stage.	43
Lien avec les établissements du Groupement hospitalier de territoire	43
Responsabilisation	44
Lisibilité et constance dans la gestion de projet.....	45
Recrutement des professionnels de santé et des cadres paramédicaux	46
Conclusion.....	47

Introduction

Le monde hospitalier, dans son ensemble présente un environnement extrêmement changeant. À ce titre, il apparaît que les soignants peuvent y perdre leurs repères. Cet état de fait peut avoir pour conséquence de développer chez ces professionnels du soin un désinvestissement dans le travail ainsi qu'une volonté de "turn-over", anglicisme permettant de mieux rendre compte de la réalité puisqu'il ne se traduit pas de façon réductrice par le simple fait de vouloir quitter la structure qui nous emploie. En effet, ce terme peut également désigner la volonté de modifier sa place dans la structure créant ainsi une sorte de fuite en avant ou bien encore le désir de se réorienter professionnellement en changeant de carrière, de profession.

A l'heure où les situations sanitaires exceptionnelles tendent à l'être de moins en moins, au moment où les professionnels de santé sont d'autant plus une valeur inestimable pour garantir ce bien commun que représente la santé de la population, ces derniers représentent le seul rempart pour garantir la sécurité sanitaire de la nation.

Au regard de ces éléments, l'objet de ce travail est de porter une réflexion, un éclairage, des questionnements, sur des éléments qui nous semblent clés pour maintenir et développer le potentiel soignant et professionnel des acteurs de santé publique de notre monde sanitaire français. Plus particulièrement, nous nous intéresserons à certains paramètres managériaux qui, selon nous, peuvent permettre d'inscrire l'action de ces professionnels de façon qualitative et pérenne dans le temps. Nous pensons tout particulièrement aux encadrants du soin, qu'ils soient de proximité ou supérieurs. Dans les parties qui suivent, nous verrons ainsi quel rôle peut embrasser le Directeur des soins pour permettre à ces professionnels d'être, autant que faire se peut, en capacité de fournir en milieu hospitalier le meilleur d'eux-mêmes, en toutes circonstances.

Situations de départ et problématique

J'ai souvent entendu et j'entends encore souvent des hospitaliers, qu'ils exercent dans l'encadrement des soins ou bien au niveau de la formation paramédicale, qu'ils aient plusieurs décennies d'expérience ou bien qu'ils soient tout juste diplômés, dire qu'ils n'ont pas "signés pour ça". Ils évoquent ainsi une discordance entre leur réalité professionnelle et ce sur quoi ils se seraient engagés. Or, à ma connaissance, aucun contrat de travail ne stipule de façon claire et précise de quoi le travail de l'impétrant sera constitué à son arrivée dans un établissement. De la même façon, dans ces contextes, il n'y a pas de contrat moral régissant le lien entre l'hospitalier et son institution. D'ailleurs, lorsqu'on tente d'en savoir plus sur la nature de l'éventuel contrat qui aurait été signé, aucune réponse tangible ne voit jour. Il semblerait donc qu'il puisse exister un contrat dont il n'est fait trace nulle part. De plus, l'évocation de "*je n'ai pas signé pour ça*" correspond à un moment de leur carrière professionnelle où ils sont quelque peu en retrait, en perte de motivation au sein de leurs organisations respectives. Les conséquences de cette baisse de motivation se manifestent de diverses façons, notamment par l'apparition de comportements déviants tels des retards lors des arrivées au travail, une diminution des interactions avec les soignants des services ou bien les élèves et étudiants en instituts de formation.

Au regard de ces éclairages, et étayés par la littérature, ce phénomène trouve tout son sens et s'explique en ayant recours au concept élaboré par Argyris (1960), et développé de façon conséquente de nos jours par Rousseau (1989, 1996, 2014), à savoir le contrat psychologique.

Le contrat psychologique se définit comme étant « *la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait ici à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques* » (Rousseau, 1989, p.123). En s'intéressant à ce concept, on peut donner tout à la fois du sens aux difficultés perçues par les professionnels de santé, comprendre les

attitudes et les comportements résultant d'une violation ou d'une rupture du contrat psychologique et cette compréhension nouvelle autorise également de "prédire le futur" (Rousseau, 2014, p.10) en ce qui concerne la motivation au travail des professionnels hospitaliers.

Plus particulièrement, dans le cadre de ce mémoire de Directeur des soins, je m'intéresserai à une population spécifique que représentent les cadres et cadres supérieurs de santé, qu'ils exercent en instituts de formation ou en gestion. En effet, à l'instar de ce que peuvent rencontrer l'ensemble des professionnels hospitaliers, notamment les cadres de santé en services de soins, les formateurs en instituts paramédicaux connaissent au quotidien d'importants changements pouvant mettre à mal leur contrat psychologique initial et leur motivation à moyen termes.

Si je devais résumer l'ensemble de ma carrière hospitalière, je dirais que quels que soient les métiers ou les fonctions exercés j'ai toujours fait montre d'une forte motivation au quotidien. Que ce soit pour découvrir mon périmètre d'évolution dans un premier temps et être performant dans un second temps, cette motivation a toujours joué favorablement dans ma façon de servir. Aussi, dans le cadre de ce mémoire, une situation professionnelle me revient à l'esprit. Situation durant laquelle j'ai connu un changement d'affectation me faisant quitter un poste de formateur en instituts de formation qui me convenait parfaitement pour un autre pour lequel j'avais nettement moins d'appétence. Il s'agissait d'un poste de cadre de nuit pour l'ensemble d'un centre hospitalier. Cette affectation était consécutive au fait que j'allais quitter la structure dans les six mois à venir et qu'il y avait une vacance sur ce poste de nuit qui, si elle n'avait été comblée, aurait pu être préjudiciable au fonctionnement de l'institution. Je quittais donc un poste de jour que je maîtrisais pour un autre de nuit ou l'environnement et le contexte professionnels évoluaient d'une nuit à l'autre avec un niveau de responsabilité majoré impactant l'ensemble de l'établissement. Il s'agissait donc d'un choix contraint mais pour lequel je me suis tout de même pleinement investi durant six mois. Mon engagement dans les missions qui m'ont été confiées de nuit était total. Je rencontrais systématiquement l'intégralité des équipes soignantes de nuit de ce centre hospitalier parmi les plus grands de France, de même que je gérais les admissions de façon cohérente et proactive en essayant au maximum de diminuer les temps d'attente et de prises en charge pour les patients tout en faisant le maximum pour que l'encadrement de jour n'est pas de

travail supplémentaire consécutif à des erreurs d'orientation durant mes vacances. Durant cette période de six mois, il n'y a eu officiellement que deux instaurations du dispositif hôpital en tension. Or, concrètement, durant les quatre derniers mois de mes vacances nocturnes, l'activité hospitalière était intense, avec des flux massifs de patients dépassant les capacités d'accueil et de prise en charge de l'établissement. La motivation qui était la mienne pour remplir à bien mes missions a commencé à décliner après deux mois. Le cadre de ce mémoire m'offre la possibilité de mieux comprendre ce qui a étioilé ma motivation. En effet, je situe le début de ma démotivation à deux mois après la prise de fonction après avoir fait différents constats. Au titre de ces constats, à l'instar de ce que j'avais pu constater chez des cadres de proximité, supérieurs ou bien encore des formateurs, je citerai le sentiment d'absence de reconnaissance du travail accompli de la part de ma hiérarchie, le sentiment d'absence de retour sur les décisions que j'ai pu prendre, ce qui ne me donnait aucune visibilité sur la pertinence et la qualité de ces dernières et, de manière globale, le sentiment d'absence de soutien organisationnel. Après près de 20 ans à servir la fonction publique hospitalière c'était la première fois où j'ai été démotivé au travail. Avec le recul et l'analyse de ce vécu difficile, il est certain que je n'aurais pas occupé ce poste encore bien longtemps. Je constate d'ailleurs que dans cet établissement, les cadres de proximité qui occupent ce poste ne le font pas longtemps et surtout, sont rapidement en souffrance, ce qui ne concoure pas à l'attractivité du poste. Même si ce que je nommerai aujourd'hui pour mon cas une souffrance nouvelle au travail n'a duré qu'une demi-année, il est clair que je n'aurais pas continué à exercer dans de telles conditions encore longtemps. Si mon départ en formation n'avait pu se faire, je n'aurais pas entamé de démarches pour changer de service... mais d'établissement. Il est d'ailleurs intéressant de se rendre compte que les cadres occupant cette fonction de nuit ont, sur les cinq dernières années, à 80%, quitté l'établissement. Les autres 20% ont changé de service mais avec une motivation moindre que celle qu'ils affichaient au départ. De la même manière, une fois que mes prédécesseurs avaient perdu de leur motivation, leur implication au quotidien dans la bonne marche des différents services de la structure s'est émoussée et au-delà de cette diminution de la performance individuelle il y avait également un constat d'une envie de quitter la structure. Et lorsque l'on parle d'encadrement, si une baisse des performances individuelles est constatée s'ensuivra également une baisse des performances collectives des équipes que ces managers ont à encadrer.

Problématique

Comme nous avons pu le voir dans la situation d'appel, contrat psychologique et motivation organisationnelle semblent intimement liés dans des proportions qui, pour l'instant, nous échappent mais que nous comptons rendre visibles au travers de ce mémoire.

En effet, comme nous le verrons par la suite le contrat psychologique d'un individu est lié à son employeur, ou pour le moins, à celui qui représente l'employeur. En l'occurrence, dans les situations décrites, l'employeur était représenté par le N + 1, à savoir le Directeur des soins.

Nous estimons que ce qui concoure à un hôpital de fonctionner correctement se trouve dans sa propension à avoir des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé motivés dans leur exercice professionnel. En effet, quel que soit le bien-fondé des décisions prises par la direction, si la courroie de transmission que représente l'encadrement paramédical au sens large est défailante, ces décisions ne pourront se voir traduites de façon satisfaisante et dégraderont l'efficacité et l'efficience des soins proposés. Il nous apparaît donc primordial d'être en capacité de réfléchir à ce qui peut maintenir l'efficacité de cette « courroie de transmission » que représente les cadres de santé en tant que Directeur des soins.

En ce sens, la question principale à laquelle ce mémoire va essayer de trouver des réponses est la suivante : dans quelle mesure, la prise en compte du contrat psychologique des cadres de santé de proximité, des cadres de santé formateurs et des cadres d'encadrement supérieur par le directeur des soins permet de maintenir, voire de développer, la motivation organisationnelle de ces encadrants.

Pour ce faire, nous nous poserons différentes questions. Tout d'abord, comment rendre compte du contrat psychologique d'un cadre paramédical ? Le directeur des soins peut-il avoir un impact sur le contrat psychologique de chacun des cadres de l'établissement qu'il dirige ? Est-ce que des préconisations sont envisageables pour le directeur des soins dans cette quête de contrat psychologique accompli et de motivation préservée ou renforcée ?

Cadre conceptuel

Dans le cadre de ce mémoire nous allons nous intéresser à deux concepts majeurs que sont le contrat psychologique et la motivation organisationnelle. C'est pourquoi dans les chapitres qui suivent nous nous attacherons à définir successivement ces deux concepts et à en montrer l'interpénétration.

Le contrat psychologique

Au-delà de la définition que pouvait en avoir Rousseau et que nous avons pu donner précédemment du contrat psychologique, Levinson et ses associés ont défini ce dernier comme « *une série d'attentes mutuelles dans les parties présentes dans la relation peuvent n'avoir que faiblement conscience mais qui régissent néanmoins leur rapport à l'autre* » (Levinson & al., 1962, p.21). En ce sens, le contrat psychologique présuppose qu'un individu à une série d'attentes envers l'organisation qu'il emploie et que réciproquement, cette organisation possède également une série d'attentes envers lui. De plus, selon Schein (1965, p.11), ces attentes « *ne sont pas seulement relatives à la quantité de travail qui doit être fourni par rapport au salarié octroyé, mais incluent également un ensemble de droits, de privilèges et d'obligations entre le travailleur et l'organisation... de telles attentes ne sont écrites dans aucun contrat formel entre l'employé et l'organisation, mais elles agissent pourtant comme de puissants déterminants du comportement.* » Jusqu'à la fin des années 70, l'origine des attentes des individus en lien avec leur contrat psychologique n'ont été que peu étudiées. Il faudra attendre les apports de Rousseau (1989) pour donner une acception idiosyncratique du contrat psychologique. En ce sens, elle ne définit comme « *la croyance d'un individu relative aux termes et aux conditions d'un accord d'échange réciproque entre cette personne cible et une autre partie. Les questions clés ont trait ici à la croyance qu'une promesse a été faite et une compensation offerte en échange, liant les parties à un ensemble d'obligations réciproques* » (Rousseau, 1989). Cette nouvelle définition du contrat psychologique met en lumière le fait qu'un individu puisse percevoir, de façon subjective, des promesses et des engagements de la part de son employeur.

L'une des origines conceptuelles du contrat psychologique repose sur les travaux relatifs à l'échange social de Blau (1964). Ces travaux mettent en lumière l'importance de la confiance qui s'instaure dans le temps entre l'employeur et l'employé avec une notion de réciprocité dont la nature entre parties n'est pas explicitée.

Les différents types de contrat psychologique

En prenant appui sur les travaux de MacNeil (1985), Rousseau (1996) recense quatre types de contrats psychologiques.

Elle évoque dans un premier temps le contrat de transaction, qui correspond à un échange ponctuel et économique entre un individu et l'organisation qu'il emploie. Dans ce cadre, la tangibilité du contrat repose sur ce qui est prescrit par l'organisation et est corrélée à sa rétribution financière. Il n'est pas question de promesses échangées dans ce premier type de contrat.

Dans un second temps, Rousseau (1996) recense un contrat psychologique de développement dans des situations où l'organisation fait la promesse de permettre l'accès à des postes à responsabilité en prodiguant les moyens d'atteindre des performances élevées. En contrepartie de cette perspective, l'individu doit faire preuve d'adaptabilité pour répondre aux objectifs qui lui sont fixés.

Dans un troisième temps, ce chercheur explicite le contrat psychologique de transition qui peut se développer chez un salarié lorsqu'il « *accepte une situation qui peut paraître désavantageuse, mais qui répond à ses besoins un moment donné. Il est perçu dans les entreprises qui sont en phase de restructuration, de changement, et qui ne peuvent proposer une vision claire de leur avenir* » (Guerrero, 2013, 1344). Autrement dit, ce contrat de transition laisse accroire à l'individu qu'un sacrifice ponctuel pourra lui occasionner de meilleures perspectives d'emploi par la suite.

Et enfin, ce chercheur recense le contrat de relation au sein duquel l'individu a la croyance que l'organisation lui a promis une rémunération sécurisante assortie d'une sécurité de l'emploi en contrepartie desquelles il sera loyal et fidèle à l'institution.

En complément de ces quatre types de contrat psychologique, Thompson et Bunderson (2003) en recensent un cinquième ; le contrat idéologique. Ce contrat est « *un engagement crédible envers une cause ou un principe valorisé qui fait l'objet d'un échange explicite dans la relation employeur-employé* ». Typiquement, le soin fait partie de l'idéologie qui peut se trouver au centre de ce type de contrat.

La nature du contrat psychologique à l'œuvre chez un individu déterminera les interactions entre ce dernier et l'organisation qu'il emploie. De plus, la nature du contrat psychologique de l'individu conditionnera son comportement et ses attitudes au sein de la structure. Il apparaît donc capital, d'un point de vue managérial, de savoir comment se forme le contrat psychologique chez un individu.

La formation du contrat psychologique

Les travaux d'Anderson & Thomas (1996) font état d'un contrat psychologique anticipatoire. Ce contrat psychologique anticipatoire est empli de toutes les attentes et croyances d'un individu envers l'organisation qui va l'employer. Ces croyances peuvent être fondées sur des expériences professionnelles ou de vie passée de l'individu ou bien encore en lien avec l'image que véhicule l'organisation. En d'autres termes, nous parlons là des représentations mentales que peut avoir un individu vis-à-vis de son futur employeur. C'est pour cela que Rousseau et ses associés (2014) ont défini deux ensembles de facteurs contribuant à la genèse d'un contrat psychologique anticipatoire. Il y a tout d'abord les signaux extérieurs qu'émettent les organisations qui se retrouvent confrontées aux interprétations individuelles des impétrants en fonction de leurs prédispositions et constructions mentales. Autrement dit, la communication extérieure d'une organisation hospitalière tend à donner une certaine réalité à la vie organisationnelle que s'attend à découvrir le futur salarié. D'autre part, comme l'expliquent Rousseau et ses associés (2014), c'est durant cette période anticipatoire que les premiers contacts avec l'organisation sont à la base des obligations et des promesses du contrat psychologique. Il apparaît donc primordial de consacrer le temps nécessaire avec le nouveau salarié pour limiter au maximum ses biais de perception de la structure de façon à ce qu'il ne soit pas déçu lors de sa prise de poste ou

dans les semaines qui suivent, au risque de lui faire vivre une violation et une rupture du contrat psychologique

Rupture et violation du contrat psychologique

Le phénomène de rupture du contrat psychologique a été théorisé par Rousseau (1989, p.128) qui en donne la définition suivante « *l'incapacité des organisations, ou de toute autre partie, à répondre à la contribution d'un employé, tel que ce dernier croit qu'elles devraient le faire.* » Ainsi, nous voyons que la rupture du contrat psychologique d'un individu résulte de son évaluation cognitive de ce qu'il a reçu en comparaison de ce qu'il estime qui lui avait été promis. Plus tard, Morrison et Robinson (1997, p.230) définiront la rupture du contrat psychologique comme « *l'idée que les obligations promises n'ont pas été rencontrées* » et définiront la violation du contrat psychologique comme étant « *un état émotionnel et affectif qui peut résulter de la croyance selon laquelle l'organisation n'a pas réussi à maintenir adéquatement le contrat psychologique* ». On constate donc que la violation du contrat psychologique peut résulter d'une succession de ruptures qui va avoir de grandes conséquences sur l'engagement de l'individu dans l'organisation.

En effet, comme nous l'avons vu précédemment, le type de contrat psychologique majoritaire à l'œuvre en milieu hospitalier est celui de nature idéologique. Or, Bunderson (2001) recense deux idéologies de travail des professionnels de santé régissant le contenu des obligations de leurs contrats psychologiques. La première est en lien avec la profession soignante et les valeurs du soin qui y sont associées. Et la seconde est en lien avec la gestion administrative et marchande du soin. D'après cet auteur, une rupture en lien avec les obligations administratives est génératrice d'insatisfaction et d'envie de quitter l'organisation. De la même manière, une rupture en lien avec les canons du soin génère une diminution de l'engagement envers la structure ainsi qu'une baisse de la performance globale de l'individu.

Intéressons-nous maintenant aux conséquences d'un contrat psychologique non accompli chez l'individu.

Les conséquences d'une rupture et d'une violation du contrat psychologique

Selon Tetrick (2002), le fait qu'un individu développe un contrat psychologique accompli le rend plus créatif, empli d'espoir, de sagesse, lui fait connaître un épanouissement personnel et professionnel qui agit sur les autres employés de façon bénéfique. De plus, selon Bennett et al. (2003), cet accomplissement du contrat psychologique rend l'individu plus adaptable, plus flexible et plus à même de générer une cohésion d'équipe propice à l'atteinte des objectifs. À contrario, une rupture ou une violation de contrat psychologique génère d'autres attitudes et comportements qui peuvent être délétères tant pour l'individu que pour son organisation. À ce titre, Robinson et Rousseau (1994), Takleab Takeuchi et Taylor (2005) ou bien Lester et ses associés (2001) ont démontré que la rupture de contrat psychologique entraîne une diminution de la confiance placée dans l'employeur et lui donne envie de le quitter, une diminution de la satisfaction professionnelle ainsi qu'une diminution de l'implication affective. De plus, rupture et violation du contrat psychologique génère un sentiment d'injustice chez l'individu. Tous ces phénomènes seront d'autant plus intenses que l'organisation n'aura pas suffisamment justifié les raisons de la violation auprès de l'employé. Cette justification fait dire à Takeuchi et ses associés (2000) qu'une diminution significative des perceptions de violation peuvent être observée lorsque l'organisation intervient pour améliorer les perceptions de justice procédurale.

De façon globale, comme nous venons de le voir, une rupture ou une violation du contrat psychologique entraîne une diminution significative de la motivation organisationnelle de l'individu au travail.

La motivation organisationnelle

Initialement, ce sont Tolman (1932) et Lewin (1936) qui ont les premiers théorisé la motivation au travail et rapidement, le monde de l'entreprise va s'intéresser à ce concept puisqu'il est démontré que la performance est positivement corrélée avec la motivation des individus selon l'équation $P=F(M,C)^2$. Dans cette équation, la performance (P) est fonction (F) du produit de la motivation (M) et des capacités individuelles (C). Au gré des évolutions

conceptuelles, Vallerand et Thill (1993, p.18) définissent la motivation comme étant *“le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement.”* Ainsi, cette définition se voulant la synthèse des travaux sur la motivation met l'accent sur le fait cette dernière est évaluée dans sa propension à générer un comportement. Plus précisément, cette définition nous donne à voir les quatre composantes du comportement, à savoir son déclenchement, sa direction, son intensité et sa persistance.

Ainsi, selon Rojot et ses associés (Rojot & al., 2011, p.166), nous pouvons établir le fait que *“le déclenchement du comportement correspond au 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 adapté à une situation donnée. Elle résulte d'une force interne (recherche de plaisir) ou d'une force externe (obtention d'une récompense)”*.

De la même manière, en ce qui concerne la direction du comportement, ces chercheurs (Rojot & al., 2011, P.166) précisent que *“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, les efforts pour réaliser de son mieux, selon ses capacités, le travail qui est attendu.*

En outre, en ce qui concerne l'intensité du comportement, Rojot et ses collaborateurs (Rojot & al., 2011, P.167) explicitent le fait que 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. Chaque emploi exige une certaine proportion de ces trois types d'effort.”*

Et enfin, ces mêmes chercheurs (Rojot & al., 2011, P.167) définissent la persistance du comportement dans le sens où *“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.”*

En d'autres termes, pour résumer, comme le disait Roussel (2000), la motivation correspond à *“un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus”*.

Pendant longtemps, le modèle théorique de référence de la motivation au travail était celui de Campbell et al. (1970) faisant le distinguo entre les théories de contenu (les causes de la motivation) et les théories de processus (mécanismes de la motivation). Vingt ans plus tard, cette conception de la motivation ne faisait plus corps avec les théories plus récentes de la motivation. Aujourd'hui encore, c'est donc la théorie de Kanfer (1990) qui intègre toutes les avancées relatives à ce concept. En effet, la taxinomie de Kanfer met en lumière les trois paradigmes de la motivation que sont : celui des besoins, des mobiles et des valeurs ; celui du choix cognitif ; et celui de l'autorégulation, de la métacognition tels que décrit dans le tableau ci-dessous.

Le paradigme des besoins, des mobiles et des valeurs	Le paradigme du choix cognitif	Le paradigme de l'autorégulation, de la métacognition
Les théories des besoins de Maslow (1943), Alderfer (1969)	La théorie du mobile à l'accomplissement (Atkinson, 1957)	La théorie de la fixation des objectifs de Locke (1968, 1981) et Latham (1984)
La théorie bi-factorielle de Herzberg (1957, 1959)	La théorie des attentes ou de la Valence - Instrumentalité - Expectations (Vroom, 1964, Porter et Lawler, 1968; Nadler et Lawler, 1977)	Théorie de l'autodétermination (Deci et Ryan, 1991)
Les théories de la motivation intrinsèque : théorie de l'évaluation cognitive de Deci et Ryan (1971-1985); Théorie des caractéristiques de l'emploi (Hackman et Oldham, 1976, 1977)	Théorie des dynamiques de l'action (Atkinson et al., 1970-1984)	
Les théories de l'équité (Adams, 1963) et de la justice organisationnelle (Greenberg, 1987)		

Tableau n°1, de la taxinomie des théories de la motivation au travail de Ruth Kanfer (Adaptation de Roussel, 1996, 2000).

Voyons plus en détails chacun des paradigmes, des piliers, de la théorie de la motivation telle que conceptualisée par Kanfer (1990).

Le paradigme des besoins, des mobiles et des valeurs

Ce premier paradigme s'intéresse à découvrir ce qui motive les individus dans leur travail. En s'étant dans un premier temps appuyé sur la théorie des besoins de Maslow (1943), Kanfer s'attache tout d'abord à concevoir la motivation comme une causalité de l'assouvissement de besoins fondamentaux. Kanfer associe à ces derniers à des besoins qui ne recouvrent pas un caractère fondamental, tels que des mobiles ou bien encore une motivation en lien avec des valeurs personnelles. En ce sens, de la même façon que nous avons pu l'aborder précédemment dans la partie qui traitait du contrat psychologique, notamment dans sa composante idéologique, nous pouvons faire le lien avec les valeurs du soin. En effet, le soin est porteur de valeurs qui peuvent être de fortes sources de motivation auprès des professionnels de santé telles que nous les décrivons actuellement, à savoir en lien avec le premier paradigme des valeurs de Kanfer. Par ailleurs, en ce qui concerne ce premier paradigme, d'autres valeurs sont à l'œuvre telles que l'équité ou la justice organisationnelle. Ce premier paradigme mettant avant le fait que l'individu hiérarchise ses besoins et cherche à les satisfaire selon un ordre de priorité croissante qui lui est propre, des besoins primaires jusqu'à ceux d'ordre supérieur. En reprenant la théorie de Maslow (1943), ce chercheur identifie cinq besoins croissants que l'individu cherche à assouvir tels que cités ci-dessous.

- 1- Besoins physiologiques,
- 2- besoins de sécurité,
- 3- besoins de rapports sociaux, d'appartenance à un groupe,
- 4- besoins d'estime, de reconnaissance et d'autonomie,
- 5- besoins de réalisation de soi, de développement et d'épanouissement personnels.

Ainsi, pour Maslow, l'assouvissement de chaque besoin se réalise par paliers successifs ; l'individu ne peut satisfaire un besoin qu'à partir du moment où le besoin précédent est assouvi et cette quête est source de motivation.

Bien qu'ayant cours encore aujourd'hui, ce modèle théorique développé par Maslow (1943) ne sera pas validé empiriquement et donnera le jour à une seconde théorie des besoins développée par Alderfer (1969) et baptisée la théorie ERD pour Existence, Relatedness & Growth (les besoins d'existence, les besoins de rapports sociaux et les besoins de développement personnel). D'une part, cette nouvelle théorie ne fait pas état de hiérarchie entre les différents besoins de l'individu et d'autre part, ces trois besoins créent une tension chez l'individu, une force interne, motivant son comportement pour atteindre ses besoins. Chaque besoin peut agir individuellement comme levier de motivation pour l'individu ou bien ses besoins peuvent agir simultanément, de concert. L'accent est ici porté sur l'intensité du besoin. Plus ce besoin est satisfait chez l'individu moins il est intense. Et cette intensité se mesure à l'aide d'une échelle allant du besoin d'existence aux besoins de développement personnel. Et de cette nouvelle théorie, il ressort que l'intensité d'un besoin est éminemment idiosyncratique pour chaque individu. Même si Maslow identifie cinq types de besoins différents tandis que Alderfer n'en recense que trois, ces deux théories offrent un cadre explicatif possible de la motivation organisationnelle.

Par ailleurs, comme le relate Roussel (2000, p.6), selon Herzberg (1971), les facteurs de motivation organisationnelle pour l'individu au travail seraient « *les accomplissements, les travaux bien réalisés, la reconnaissance de ces accomplissements, le travail proprement dit (objet du travail), la responsabilité, la promotion ou avancement, la possibilité de développement* ». Ainsi, les travaux d'Herzberg (1971) mettent en lumière le fait que l'objet du travail représente la plus grande part de satisfaction pour un individu et en ce sens ce cœur de l'activité est le plus à même de générer de la motivation au travail.

Herzberg (1971) met également un jour d'autres facteurs relatifs au travail tels que « *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 (influence de l'entreprise sur la vie personnelle)* » qui concourt au bien-être mental de l'individu mais sans véritablement être à l'origine de la motivation organisationnelle. Ceci étant, ces facteurs associés à la satisfaction au travail autorisent la genèse et l'évolution d'un sentiment de développement personnel.

Le paradigme du choix cognitif

Ces théories s'attachent à comprendre dans quelle mesure les mécanismes de la motivation sont déclenchés. En d'autres termes, comment ce déclenchement de la motivation peut aboutir aux actions et aux réalisations attendues par l'organisation en termes d'objectifs, de rôle ou bien encore de fonctions ou missions. À ce titre, les travaux de Porter et Lawler (1968) ainsi que ceux de Nadler et Lawler (1977) ont mis en lumière que ce choix cognitif pouvait relever d'un choix de carrière, de mobilité, d'engagement dans une formation professionnelle, de démission, de fidélité, de présentéisme et d'absentéisme. Dans ces occurrences, la motivation apparaît comme un choix rationnel et non impulsif. De plus, le comportement de l'individu se voit déterminer par la valeur qu'il attribue à ses attentes et à ses objectifs professionnels. Ce que Kanfer (1990, p.113) résume en précisant qu'un individu, par définition hédoniste, tente de « *maximiser l'affect positif et de minimiser l'affect négatif en adoptant des comportements visant à l'obtention de résultats associés à la plus grande valeur d'utilité globale positive perçue* ». Dans ce contexte, Kanfer (1990) aborde trois approches que sont l'approche cognitive-interactionnelle classique, l'approche cognitive-intermittente et les dynamiques de l'action.

L'approche cognitive-interactionnelle classique

Cette approche, issue de la théorie du mobile à l'accomplissement d'Atkinson (1957), explique que le mobile à l'accomplissement est la force qui permet à un individu d'orienter son comportement vers les buts qu'il valorise. En situation de travail, l'individu va rechercher le succès plutôt que l'échec ce qui revient à l'amener à faire des arbitrages entre la recherche d'affects positifs en cas de réussite et les affects négatifs en cas d'échec. Ainsi, cette découverte met en avant trois éléments-clés de réussite pour un individu :

- Être motivé pour l'exécution d'une tâche qui sera couronnée de succès,
- Percevoir une probabilité de réussite,
- Se voir valoriser ce succès.

L'approche cognitive-intermittente

Au-delà de la conception de la motivation par Atkinson (1957), Vroom (1964) développe une théorie, la théorie des attentes, ou théorie de l'expectation, ne se limitant pas à l'arbitrage que fait l'individu entre attente de succès et d'erreurs. Ce modèle a pour objectif d'expliquer des situations irrégulières dans le travail de l'individu générant des performances épisodiques. Pour expliciter sa théorie, Vroom considère que le processus motivationnel repose sur trois facteurs pouvant se combiner de nombreuses manières. Ces facteurs sont l'attente, l'instrumentalité et la valence. Pour Vroom, la motivation pour agir d'un individu relève d'un processus psychologique qui l'amène à faire des choix rationnels. Ces choix sont tributaires de ses perceptions et des conséquences possibles des différentes alternatives qu'il entrevoit. Ainsi, l'individu sera en capacité de faire des choix en fonction de ses attentes de pouvoir réaliser des objectifs de performance en lien avec l'énergie qu'il se sent en capacité de fournir pour les atteindre. Ses attentes vont également l'inciter à agir s'il ressent une relation d'instrumentalité, c'est-à-dire s'il est en capacité de percevoir une récompense au regard de sa performance. Et enfin, ces dimensions d'attente et d'instrumentalité vont générer de la motivation chez l'individu s'il ressent une valence, un intérêt, un attrait, à l'égard des objectifs de performance et de récompense envisagés.

L'approche des dynamiques de l'action

Peu en accord avec la théorie des attentes de Vroom, le jugeant trop restrictive au regard de son caractère intermittent de la motivation, Atkinson (1970, 1978, 1984) va développer la théorie des dynamiques de l'action dans laquelle deux forces motivationnelles opposées détermineraient le comportement de l'individu. Il s'agirait des forces incitatrices et des forces consommatrices. Les premières tendent à orienter le comportement vers une activité, des tâches particulières à un instant précis tandis que les forces consommatrices interviennent plus tard pour diminuer l'intensité de la motivation pour cette activité. C'est cette opposition entre forces incitatrices et forces consommatrices qui amènent un individu à déporter son énergie maximale vers une action ou une tâche particulière au détriment d'autres. Ainsi, lorsqu'un individu découvre une nouvelle activité pour laquelle il présente une grande attirance, les forces incitatrices vont mobiliser toute sa motivation vers la réalisation

de cette activité. Cette théorie dynamique explique qu'un individu puisse être longtemps motivé pour son travail de façon globale à condition que sa motivation soit orientée périodiquement vers des activités différentes. Lorsque les forces incitatrices se trouvent inférieures aux forces consommatrices pour un individu, celui-ci est démotivé. Dans le cas inverse, il reste motivé.

Les paradigmes de l'autorégulation, de la métacognition.

Ces paradigmes regroupent l'ensemble des éléments motivés rationnels non impactés par les deux premiers paradigmes. Plus précisément, ce paradigme est plus à même d'expliquer les ajustements de comportement en fonction des contextes individuels et organisationnels. Toujours en cours de développement théorique, ce paradigme se révèle être une préoccupation majeure des organisations cherchant à développer la subjectivité ainsi que la créativité des individus, leur coopération intra et inter équipe ainsi que la recherche de sens dans la mise en place et la conduite de projet. Au travers de cette théorie de l'autorégulation- métacognition, Kanfer (1990) va s'intéresser au processus en cause entre les mécanismes cognitifs et affectifs d'un individu lorsqu'il tente d'atteindre des objectifs.

La théorie de la fixation des objectifs

Cette théorie ambitionne de savoir comment motiver les individus en faisant le postulat de départ qu'un individu cherche constamment à atteindre des objectifs de façon rationnelle et consciente. Pour ce faire, cette théorie met en avant que la fixation d'objectifs représente un moyen opérationnel pour parvenir à la motivation des individus. Ce qui différencie cette théorie de celle du choix cognitif repose sur la notion de volition. En ce sens, certains choix ne seraient pas l'objet de desiderata cognitifs mais la conséquence d'une volonté éclairée par un sentiment de devoir ou bien par les affects. C'est aujourd'hui cette théorie de la fixation des objectifs qui est à l'œuvre dans la quasi-totalité des organisations de travail. C'est également ainsi que Locke et ses associés (1981) ont posé les bases d'une fixation d'objectifs efficace. Pour ces chercheurs, avant qu'un manager fixe des objectifs il lui faut :

- s'assurer que les individus considèrent avoir les capacités nécessaires pour atteindre les objectifs,
- mettre en place un feed-back pour aider l'individu à mesurer et ajuster le niveau d'effort à développer pour l'atteinte d'objectifs,
- valoriser l'individu lorsqu'un objectif est atteint,
- assurer l'encadrement des individus pour les soutenir par rapport aux objectifs fixés et collaborer au programme de fixation des objectifs,
- faire accepter aux individus les objectifs qui leur sont fixés sur la base de l'information qui leur est communiquée.

D'après ces chercheurs, il n'y a qu'à ces conditions que la motivation peut déclencher un comportement à même de permettre à l'individu de réaliser des objectifs fixés. Il importe également que les objectifs fixés revêtent une certaine valeur qualitative telle que Locke et Latham (1984) les identifient. Pour ces chercheurs, telles que les relate Roussel (2000, p.13), les objectifs doivent remplir les conditions suivantes :

- l'objectif doit être en mesure d'attirer l'attention de l'individu,
- l'objectif doit avoir la capacité de mobiliser les efforts de l'individu sur les actions permettant de l'atteindre (intensité),
- l'objectif encourage la mobilisation des efforts sur les tâches (persistance),
- l'objectif facilite le développement de stratégies. C'est d'ailleurs dans cette sphère de l'individu va pouvoir exercer sa liberté d'action dans l'organisation du travail.

En d'autres termes, tel que le précise Locke (1968), les objectifs fixés doivent être précis et non pas généraux afin de favoriser la focalisation des efforts de l'individu.

La théorie de l'autodétermination

Fruit des travaux de Carver et Scheier (1981) sur la théorie du contrôle, la théorie de l'autodétermination apparaît en lien avec l'autorégulation. C'est autorégulation est le produit de ce que pensent les individus, de ce qu'ils ressentent et des représentations qu'ils ont par rapport à eux-mêmes. Ainsi, le soi est à l'origine du mécanisme d'autorégulation. En ce sens, c'est cette perception de soi qui va réguler le comportement des individus. Ainsi, Deci et Ryan

(1991) mettent en lumière le fait que le comportement autodéterminé par un individu est généré par des considérations affectives et cognitives qui l'amènent à préserver un état positif de soi qui se traduit par une perception de soi comme étant un professionnel compétent et efficace (El Akremi, 2000). Pour bien appréhender cette théorie de l'autodétermination, il faut tout d'abord considérer que « *le comportement d'un individu est motivé par le besoin de se sentir compétent et d'être à l'origine de ses propres comportements* » (Roussel, 2000, p.14). Ainsi, concevoir la motivation au travail au travers du prisme de la théorie de l'autodétermination revient pour un manager à satisfaire un employé de façon à assouvir l'expression de son besoin de compétences. C'est d'ailleurs cette quête de sentiment de compétence et d'efficacité qui pousserait l'individu à tendre vers la maîtrise de son environnement, qu'il s'agisse d'emploi, d'organisation, ou bien encore de différents processus organisationnels. Dans un second temps, comme le précise Roussel (2000, p.14) la théorie de l'autodétermination met en avant le fait que « *chaque individu changerait de comportement dans l'organisation sous l'effet d'un processus d'intériorisation, de sorte que des comportements initialement régulés par des facteurs de contrôle externe deviendraient autodéterminés au fil du temps.* » En d'autres termes, pour tendre vers une motivation efficace des individus au travail, il revient au manager d'être en capacité de permettre à l'individu d'avoir une image de soi cohérente avec celle de l'organisation.

Contrat psychologique, motivation organisationnelle et hiérarchie

Comme nous venons de le voir, qu'il s'agisse du contrat psychologique ou de la motivation au travail, ces deux concepts sont éminemment idiosyncratiques, propres à chaque individu. Par ailleurs, comme nous avons également pu l'étudier, la motivation organisationnelle se révèle être une conséquence d'un contrat psychologique accompli pour un individu au travail en tant que schéma mental de la relation d'emploi.

Ceci étant, bien que chacun puisse développer un contrat psychologique singulier qui lui est propre ainsi que des leviers de la motivation qui lui sont propres, il apparait que dans chacun de ces concepts le rôle que revêt le responsable hiérarchique, voire l'employeur est capital. De plus, comme le décrit la littérature, la motivation peut être intermittente et la question que nous nous posions au départ, en lien avec la figure de l'employeur ou du

responsable hiérarchique donc, en l'occurrence le Directeur des soins dans le cas présent, se révèle des plus prégnantes d'un point de vue théorique.

Voyons désormais en quoi notre méthodologie de recherche pourra nous apporter du matériau à même de répondre à notre questionnement de départ.

Méthodologie de la recherche

L'objectif de notre recherche est de tenter de rendre compte des facteurs idiosyncratiques qui sous-tendent les concepts de contrat psychologique et de motivation organisationnelle. Pour ce faire, l'adoption d'une méthodologie qualitative nous apparaît des plus adaptées. Cette méthodologie nous permettra de donner du sens aux verbatims recueillis pour mieux comprendre le vécu des individus. De plus, nous estimons que cette méthodologie qualitative sera la plus à même, tout d'abord, de rendre compte de la subjectivité des individus rencontrés, puis ensuite, de proposer des préconisations pertinentes au regard des populations étudiées et de leurs contextes professionnels. Pour ce faire, nous allons réaliser des entretiens.

Entretiens semi-directifs

Pour collecter du matériau de recherche, nous allons utiliser l'outil que représente les entretiens semi-directifs pour permettre aux interrogés de s'exprimer librement, en ayant recours à des questions ouvertes, en respectant leur logique et leur vocabulaire propre (Albarello, 2012, p.118). Les thèmes abordés lors de ces entretiens seront en lien avec les concepts évoqués et explicités précédemment. Le guide d'entretien (situé en Annexe) tient aussi compte des spécificités du contrat psychologique, de la motivation organisationnelle, du métier de cadre de santé et de celui de directeur des soins. Ainsi, pour résumer, le guide d'entretien semi-directif va nous permettre de recueillir une image à un instant T du schéma mental de la relation d'emploi de différents professionnels de santé.

Les populations interrogées

En prenant en compte la situation d'appel à l'origine de ce mémoire ainsi que des fondamentaux des deux concepts utilisés, nous avons tenu à rencontrer différents acteurs responsables soit de l'organisation hospitalière soit de la formation paramédicale. Ce sont les raisons pour lesquelles nous nous sommes entretenus avec un directeur des soins en gestion, un directeur des soins en formation, deux cadres de santé de gestion, deux cadres de santé en formation, un cadre supérieur de santé en gestion et un cadre supérieur de santé en formation, tel que décrit dans le tableau qui suit.

	Établissement	Individu
DS Gestion	A	N°1
DS Formation	B	N°2
CDS Gestion 1	A	N°3
CDS Gestion 2	A	N°4
CDS Formation 1	B	N°5
CDS Formation 2	B	N°6
CSS Gestion	A	N°7
CSS Formation	B	N°8

Tableau n°2, relatif à la désignation des individus interrogés.

Nos investigations ont été réalisées dans deux centres hospitaliers de l'ouest de la France que nous nommerons A et B. Nous ne communiquons aucune caractéristique relative à ces établissements car cela les rendrait reconnaissables pour tout lecteur quelque peu connaisseur de notre système hospitalier. Ce que nous pouvons dire est que chacun de ces établissements est support du Groupement hospitalier de territoire dont il fait partie. Au sein du premier centre hospitalier (A), nous avons interrogé le directeur des soins, coordonnateur général des soins, deux cadres de santé et un cadre supérieur de santé. Dans le deuxième centre hospitalier (B), nous avons interrogé le directeur des soins, coordonnateur général des instituts de formation paramédicale, deux cadres formateurs et un cadre supérieur de santé,

responsable pédagogique. Nous allons ainsi pouvoir constater si des différences apparaissent entre formation et gestion en ce qui concerne les contrats psychologiques des cadres et cadres supérieurs de santé. De la même manière, ces deux établissements nous donneront peut-être à voir des différences de leviers de motivation pour le Directeur des soins en fonction de ce que l'encadrement exerce en gestion ou bien en formation.

Donc, au global, avec cette population, nous ambitionnons de pouvoir rendre compte de la façon dont les Directeurs des soins appréhendent les contrats psychologiques de leurs collaborateurs et comment ils trouvent les moyens de motiver ces derniers d'une part. Et d'autre part, nous tenons à mieux percevoir comment ces cadres supérieurs de santé, de proximité et formateurs rendent compte de leurs schémas mentaux de la relation d'emploi avec leurs responsables hiérarchiques ainsi que des éléments concourant à leur motivation.

Intéressons-nous maintenant à l'analyse des propos qui nous ont été rapportés.

Analyse et discussion des entretiens

Pour analyser nos résultats, nous allons procéder dans l'ordre des questions qui ont été posées lors des entretiens dirigés à l'aide du guide d'entretien semi directif (annexe) en faisant ressortir les propos saillants et représentatifs du discours tenu par chacun des interrogés.

Les deux premières questions en lien avec la fonction de l'interrogé ainsi que son ancienneté dans celle-ci n'avait pour objectif que de servir de brise-glace pour véritablement débiter l'entretien à la troisième question. Il est à noter que l'ancienneté demandée lors de la deuxième question ne se révèle pas pertinente pour l'ensemble de la recherche. En effet, quelle que soit l'ancienneté sur le poste, les interrogés ne semblent pas faire état de modification de leur comportement en lien avec ce critère.

Pour la suite de notre analyse, nous allons donc procéder question par question.

Qu'est-ce qui a motivé votre choix de profession ?

Cette question était plus précisément orientée vers la filière professionnelle qu'ils ont souhaité embrasser lors de leurs études. Cette question n'avait pas pour objectif de savoir pourquoi ils étaient aujourd'hui directeurs des soins, cadres supérieurs de santé ou cadres de santé. Globalement, à cette question, les huit personnes interrogées ont répondu sensiblement la même chose à savoir que ce qui les intéressait et qui les intéresse encore est de l'ordre du « *prendre soin* », ils voulaient « *prodiguer des soins* » et « *permettre à la population d'être en bonne santé* ». L'une des personnes interrogées va même plus loin en disant que pour elle, devenir infirmière était la plus belle des façons de « *donner du sens à sa vie* ». Pour trois autres personnes interrogées, devenir soignants était une évidence puisque cela correspondait à un habitus familial dans lequel ils ont grandi et ont été éduqués. Et enfin, concernant cette question il est intéressant de noter que sur les huit personnes interrogées, quatre ne souhaitaient devenir infirmiers que pour réaliser des gestes techniques au début de leur carrière et rapidement, trois d'entre eux disent s'être rendus compte que la technicité des soins n'était « *qu'un prétexte pour prendre soin de façon globale.* » Le quatrième, l'individu n°5, est par la suite devenu infirmier anesthésiste.

En synthèse de cette première question, nous pouvons statuer que la motivation à embrasser une carrière soignante relève de l'idéologie, de l'idéologie du soin, de l'idéologie du prendre soin. En ce sens, ces premiers résultats semblent conformes avec l'idéologie contenue dans le contrat psychologique ainsi que celle de la motivation organisationnelle.

De quoi sont constitués les parcours professionnels ?

L'ensemble des professionnels interrogés est issu de la filière infirmière. À l'exception de l'individu n°8, cadre supérieur de santé en instituts de formation, qui a découvert le monde hospitalier en tant qu'agent des services hospitaliers (ASH), avant de suivre la formation d'aide-soignant et celle d'infirmier quelques années plus tard, l'ensemble des personnes interrogées a commencé son parcours hospitalier en tant qu'infirmier. Et par ailleurs, comme le décrit le tableau ci-dessous, les spécialités exercées en tant qu'infirmiers étaient composées de médecine, anesthésie, chirurgie et psychiatrie.

	Établissement	Individu	Parcours infirmier
DS Gestion	A	N°1	Médecine
DS Formation	B	N°2	Chirurgie
CDS Gestion 1	A	N°3	Chirurgie
CDS Gestion 2	A	N°4	Médecine
CDS Formation 1	B	N°5	Anesthésie
CDS Formation 2	B	N°6	Psychiatrie
CSS Gestion	A	N°7	Médecine
CSS Formation	B	N°8	Médecine

Tableau n°3, relatif au parcours des individus interrogés.

Il est à noter que chacun des huit participants à notre recherche explique avoir eu jusqu'à présent une carrière professionnelle satisfaisante. Ils sont unanimement satisfaits d'avoir eu la possibilité « *d'évoluer professionnellement quand [ils en ont] émis le souhait.* » Cette possibilité d'évolution de carrière apparaît clairement comme un facteur de motivation important dans le déroulement de leur carrière professionnelle respective.

Les réponses apportées à cette question fait ressortir une caractéristique propre à chacun des deux concepts abordés précédemment, à savoir la possibilité d'évoluer professionnellement. Bien entendu, il a été question d'évolution en termes de fonctions et de métiers, mais les individus interrogés mettent aussi l'accent sur « *l'importance des formations continues* » qu'ils ont pu suivre et ce, qu'elles soient diplômantes ou non. En effet, pour ces individus, et en particulier l'individu n°1 que nous allons citer, il est capital « *de pouvoir évoluer au fil des nouvelles découvertes scientifiques, technologiques et managériales.* »

Durant votre parcours professionnel, qu'est-ce qui a motivé votre choix d'établissement ?

Dans notre panel d'interrogés, c'est l'individu n°6 qui a connu le plus grand nombre de changements d'établissements. Ces changements fréquents étaient liés au fait que son mari soit militaire de carrière et que dans cette situation, il a connu de nombreuses mutations. Ceci étant, il est intéressant d'entendre l'individu n°6 dire que quelle qu'est pu être sa nouvelle région géographique, il a « *toujours fait le choix d'un établissement qui affichait [ses] valeurs et qui offrait des perspectives de carrières et de formations intéressantes.* » Ainsi, à certains moments de sa carrière, il s'est retrouvé avec « *plus de 3h30 de voiture par jour pour travailler dans un établissement qui [l]'intéressait.* » Après, concernant les sept autres individus de la population interrogée, nous pouvons établir le constat qu'ils ont tous au moins changer une fois d'établissement. Et ce qui est intéressant à soulever relève du fait que ces mutations inter hospitalières sont à chaque fois en lien avec soit l'envie d'embrasser de nouvelles fonctions soit d'évoluer dans des contextes différents. À ce titre, l'individu n°5, cadre de santé formateur, a changé d'établissement pour pouvoir devenir formateur, ce qui n'était pas possible dans son établissement précédent. Il avait fait la demande de devenir formateur à quatre reprises dans cet ancien établissement ce qui lui a toujours été refusé. Cette situation est intéressante car lors de son recrutement, il estime qu'il lui avait été promis la possibilité d'un jour devenir formateur dans cet ancien établissement. Après, concernant les autres cadres et cadres supérieurs de santé de notre échantillon, nous pouvons dire que leur évolution professionnelle à partir du moment où ils ont été nommés cadres s'est faite « *en*

harmonie » dans les structures qui les embauchent. Quant aux directeurs des soins, le choix de la structure s'est réalisé, d'après leurs dires, non moins pour des raisons géographiques pour l'intérêt professionnel présenté par les postes. Il est à noter que ces deux directeurs des soins vivent éloignés de leurs familles la semaine. Ce qui revient à dire que l'éloignement géographique familial se voit compensé par un intérêt professionnel majeur composé d'éléments que nous verrons par la suite de notre analyse. De plus, nous pouvons estimer qu'à partir du moment où l'un des individus de notre population étudiée à changer de structure, il s'est projeté en termes de conditions de travail, d'autonomie professionnelle, avant même d'avoir commencé à exercer dans la nouvelle structure. Ainsi, nous pouvons dire qu'il a établi un contrat psychologique anticipatoire sur son exercice à venir en général et que lorsque ce contrat psychologique anticipatoire s'est confronté à la réalité, sans hiatus avec ce qui avait été imaginé, l'individu était satisfait de son nouveau poste.

On s'aperçoit en étudiant les parcours professionnels des personnes interrogées qu'à l'instar de ce que décrit la littérature sur le contrat psychologique et la motivation, lorsque les attentes des individus ne sont pas rencontrées (individu n°5), s'ensuit une baisse de la motivation ainsi que l'envie de quitter la structure. Et à l'inverse, lorsque les attentes de l'individu sont rencontrées au sein de la structure, ce dernier ne cherche pas à la quitter mais bien au contraire à s'y investir. Et dans cette dernière occurrence, il apparaît que les projets institutionnels constituent des leviers forts de la motivation des professionnels que nous avons rencontrés. Il apparaît également l'importance du contrat psychologique anticipatoire pour les professionnels rencontrés. Et à ce titre, il est important de constater l'importance de l'entretien de recrutement qui va conditionner l'établissement de ce contrat psychologique anticipatoire et par voie de conséquence le plus ou moins grand degré de satisfaction de l'individu sur son nouveau poste de travail. Il semblerait, à ce moment de nos entretiens que la motivation et l'envie de s'investir dans la structure sont d'autant plus fortes que les missions confiées correspondent aux professionnels, qu'ils les ont négociées.

Qu'est-ce que pour vous être directeur des soins, cadre de santé, cadre supérieur de santé, cadre formateur ?

L'objet de cette question était de pouvoir faire ressortir les représentations de chaque individu relatives à sa fonction au quotidien. Ainsi, les cadres de santé en gestion nous décrivent leur mission comme étant celle d'une « *courroie de transmission* » entre leur hiérarchie et les équipes de soins. Mais pas uniquement. En effet, ils estiment que ce qui fait la valeur ajoutée de leur poste est en lien avec « *l'autonomie professionnelle* » que leur accorde leur encadrement supérieur. Ils mettent également en avant le fait qu'ils s'estiment être « *les interlocuteurs privilégiés* » du corps médical au sein des services et de ce fait, conjugué avec leur expertise soignante et leur « *leadership infirmier* », ils sont les plus à même de pouvoir résoudre « *les problèmes du quotidien en termes de qualité et de sécurité des soins.* » Ils pensent également être « *des vigies pour l'hôpital* » dans le sens où ils font remonter à leur hiérarchie tout ce qui leur « *paraît être problématique à court moyen ou long terme* » afin d'être « *proactif dans l'anticipation et la gestion des soins.* » Au-delà de cette autonomie professionnelle recherchée et louée, les cadres de santé mettent également en avant l'importance que revêt pour eux le fait d'être entendus dans leurs difficultés du quotidien mais également lorsqu'il s'agit de « *trouver des solutions qui engagent l'hôpital* ». En ce sens, il souhaite pouvoir participer à « *des débats constructifs* » où ils pourront « *contribuer à la bonne marche de l'hôpital.* » En d'autres termes, il ne souhaite pas uniquement avoir une communication « *bottom-up, mais de vrais échanges avec l'encadrement supérieur et les dirigeants de l'hôpital.* » Il en va là de leur motivation au travail ainsi que de « *la confiance* » qu'ils portent dans leurs structures.

En ce qui concerne les cadres en formation, nous retrouvons la même envie d'être entendus non seulement dans le signalement de problématiques mais également dans les pistes de solutions proposées pour les résoudre. Par ailleurs, les deux formateurs nous ont dit « *placer les étudiants au cœur de [leurs] réflexions.* » Ils ajoutent que peut-être encore plus que dans le soin, « *chaque situation rencontrée est unique.* » Et de par l'unicité des situations évoquées, les formateurs estiment crucial, en tant que référent pédagogique, d'avoir voix au chapitre lorsqu'il est question des étudiants placés sous leur responsabilité pédagogique.

Alors qu'il n'en était pas question auprès des cadres en gestion, les cadres formateurs évoquent l'importance de l'accompagnement qu'ils prodiguent aux usagers que sont les étudiants. Les propos recueillis ne font aucun doute sur le fait qu'ils se représentent avant tout leur travail de formateur comme étant un travail « *d'accompagnateur dans la découverte et la maîtrise d'une profession.* » Et ce qui était sous-jacent dans le discours des cadres de santé de gestion apparaît clairement dans le discours des cadres formateurs ; ils attendent de leur hiérarchie « *du soutien pour [leur] permettre de mener à bien [leur] mission pédagogique* ».

Cette notion de soutien apparaît dans le discours des cadres supérieurs de santé, que ce soit celui de gestion ou celui de formation. Ils estiment que leur métier doit les amener à coordonner l'action « *des forces vives* » des services placés sous leur responsabilité. Ils disent ainsi devoir « *contribuer à donner du sens* » à ce que réalisent les professionnels de santé ou bien les apprenants. Ils considèrent de plus qu'ils sont « *responsables de l'adéquation entre les besoins [des usagers] et les contributions des professionnels de santé.* » Pour eux, soutenir l'action des soignants ou des formateurs doit passer par une connaissance fine de ces acteurs en termes de besoins et d'attentes et ils se doivent de pouvoir apporter des réponses ou des solutions à leurs demandes ou besoins du moment. Cela peut également passer « *par la négociation auprès des différentes directions d'achat de matériels plus adaptés ou efficaces, par des actions de formation ou bien aussi des réorganisations.* » Chacun des cadres supérieurs de santé apprécie d'avoir « *l'oreille attentive* » de son directeur des soins. Et en cas de désaccord ponctuel avec ce dernier, ils ne lui en portent pas grief à partir du moment où sa décision est motivée et argumentée et qu'elle « *ne porte pas atteinte à [leurs] valeurs.* » Clairement, du discours des cadres supérieurs de santé, pour se sentir bien dans leurs fonctions et missions, ils doivent ressentir que leurs points de vue aident à « *gérer et orienter l'institution dans le bon sens.* »

Quant aux directeurs des soins, les deux estiment qu'ils sont garants de la « *philosophie du soin* » pour celui de gestion et de la « *philosophie professionnelle* » pour celui de formation. À cet égard, ils attendent de pouvoir avoir leur regard sur l'ensemble des

éléments qui les concernent, à savoir « *quasiment tout* » dans leur exercice hospitalier. Cette notion de périmètre de compétences et de responsabilités élevé semble importante pour eux, notamment pour celui de gestion qui nous explique avoir changé d'établissement précédemment notamment car ses « *missions n'étaient pas suffisamment étendues* » dans sa structure précédente. Si les directeurs des soins interrogés sont en attente et en recherche d'un périmètre de responsabilité étendue, c'est notamment lié au fait, dans leurs discours, qu'ils souhaitent « *pouvoir accompagner les changements dans les organisations et apporter du soutien aux soignants.* » Et en ce sens, ils estiment que « *sans le bon niveau d'information, il n'est pas possible de prendre des décisions satisfaisantes.* » En résumé, les directeurs des soins qui ont pu nous donner leurs points de vue se considèrent comme les « *chefs d'orchestre et les garants de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets de soins.* »

Il ressort des réponses apportées à cette question que le contenu du travail est important pour les 8 individus de notre panel. Et nous pouvons constater que pour ces encadrants et dirigeants, à l'instar de ce que relate la littérature sur le contrat psychologique, le soutien qu'ils semblent proposer aux professionnels de santé semble à même de satisfaire les contrats psychologiques de ces derniers. Par ailleurs, les propos rapportés sont également conformes avec les recherches sur la motivation et convergent sur le fait que les interrogés se voient particulièrement motivés par l'autonomie professionnelle dont ils peuvent jouir dans leur exercice quotidien avec un paroxysme observé chez l'un des directeurs des soins qui a renoncé à un poste précédemment car pas suffisamment à responsabilités selon lui.

Et enfin, les 8 individus interrogés se rejoignent sur le fait que, pour eux, dans leur exercice de tous les jours, il leur faut avoir la reconnaissance professionnelle de leurs pairs et responsable hiérarchique pour être motivés au travail. Ainsi, ils considèrent qu'ils ne peuvent occuper leurs postes qu'à compter du moment où ils ont des feedbacks positifs quant à leurs expertises et compétences. Ce qui, une fois de plus, corrobore la littérature de notre cadre conceptuel.

Quels sont les éléments qui vous ont attiré prioritairement vers cet établissement ?

Pour cette question, la réponse des interrogés a été unanime, ils ont tout d'abord mis en avant « *le dynamisme de l'établissement* » ainsi que sa « *bonne réputation en termes de qualité et de sécurité des soins* ». Par ailleurs, en ce qui concerne les formateurs, en plus des arguments précédemment cités, ils ont mis en avant « *les innovations pédagogiques* » qui ont lieu dans l'établissement ou qui vont voir le jour, ce qui semble être une source de motivation importante pour eux. Par ailleurs, il est intéressant de constater que à l'exception des deux cadres de santé de gestion, les individus n°3 et n°4, les six autres professionnels nous ont fait état de la recherche paramédicale comme un facteur motivationnel supplémentaire. Et enfin, au-delà de considérations géographiques, les interviewés sont d'accord pour dire que ce qui les a attirés dans leurs établissements est en lien avec la réputation de ces derniers à offrir « *des relations interpersonnelles de qualité* ».

Avec la question qui suit, nous allons pouvoir comparer le vécu relatif à la réalité de terrain avec ces différents éléments qui ont été attirants au départ pour les professionnels.

Comment appréhendez-vous vos missions dans cet établissement ?

Cette question a été difficile à comprendre pour les interrogés, c'est pourquoi, nous les avons par la suite questionnés et fait discourir sur leurs conditions de travail, perspectives de carrière, et dit autrement, leurs avantages perçus.

Avec cette explicitation de la question posée, les interrogés ont pu nous dire que globalement ils étaient satisfaits de leurs conditions de travail, ce qui n'a pas toujours été le cas. Ils évoquent notamment leurs postes précédents pour lesquelles il ne se sentait pas participé aux desseins institutionnels. En ce sens, ils s'estimaient être de simples exécutants sans réellement avoir de latitudes managériale et organisationnelle. Outre cette absence de considération ressentie, tous nous ont signalé qu'il était important pour eux de se sentir intégrés dans un collectif, qu'il soit de service ou institutionnel. Et aujourd'hui, ils semblent avoir trouvé un environnement qui leur convient. Il est à noter que l'individu n°1, directeur

des soins en gestion, se plaignait dans son établissement précédent de ne pas être considéré comme un directeur adjoint à part entière. Il avait le sentiment d'être, au mieux, un consultant ponctuel sur les décisions stratégiques et politiques de l'établissement. Aujourd'hui, il se sent pleinement intégré dans l'équipe de direction et a le sentiment que sa voix compte autant que celle des autres directeurs adjoints.

En ce qui concerne les perspectives de carrière, aucun des individus interrogés n'évoque l'envie d'évoluer vers d'autres fonctions, si ce n'est peut-être l'individu n°6, qui pourrait, à terme, ambitionner un poste de cadre supérieur en formation. En termes de perspectives de carrières, tous souhaitent pleinement investir leurs postes actuels et mener à bien les projets qui leur sont confiés voire en initier de nouveaux « *en tenant compte des besoins actualisés de la population et de la façon dont [ils vont] pouvoir y répondre.* »

En termes d'avantages, ils ne s'estiment pas bénéficier d'avantages particuliers. Toutefois l'individu n°7, cadre supérieur en gestion, précise qu'avoir toute la latitude organisationnelle dont il dispose « *peut s'assimiler à un avantage.* »

À suivre, profitant de la dynamique créée par cette question, nous posons la question suivante.

Qu'est-ce qui vous motive sur ce poste ?

Cette question apparaît dans les entretiens comme étant complémentaire de la précédente. Ainsi, pour les personnes interrogées, apparaissent deux notions que sont la responsabilité et la confiance. Cette notion de responsabilité apparaît en filigrane tout au long des entretiens. Les individus interviewés ont embrassé ces postes et carrières d'encadrant et de dirigeants pour se voir confier des responsabilités. Comme le résume l'individu n°4, « *nous sommes là pour endosser toutes les responsabilités relatives à notre périmètre d'exercice.* » Tous y voient là un côté gratifiant tant par rapport à l'image positive que cela renvoie d'eux que par rapport au sentiment d'utilité qu'ils peuvent développer. De plus, en ce qui concerne la confiance, elle apparaît à deux niveaux. Tout d'abord, ils sont sensibles à la confiance que

leur accorde leurs pairs et responsables hiérarchiques et ensuite, comme le dit le directeur des soins, l'individu n°2, « *la confiance qu'on m'attribue renforce ma confiance en moi et mon envie et ma capacité à prendre des décisions.* »

Nous retrouvons au travers des différents verbatims en lien avec les questions précédentes posées une corrélation positive avec les théories du contrat psychologique et la motivation, notamment en ce qui concerne la confiance. À partir du moment où un individu a la confiance de son environnement professionnel, cela le conforte dans son poste et entretient sa motivation au travail. Il est à noter que pour les individus interrogés cette notion de confiance repose sur leur propension à être en capacité de correctement gérer les responsabilités qui sont les leurs. En ce sens là encore, en accord avec la théorie, donner des responsabilités à un individu semble le satisfaire dans son poste de travail et entretenir sa motivation professionnelle.

Comment vos responsables hiérarchiques contribuent-ils à votre motivation ?

Pour ce qui est des directeurs des soins, ils attendent de la part de leur directeur général la fixation « *d'objectifs clairs quant aux résultats attendus, et une liberté d'action totale pour y parvenir.* » C'est-à-dire qu'ils attendent de pouvoir développer toute leur autonomie professionnelle à dessein d'objectifs qui leur ont été fixés. Par ailleurs, ils estiment important que le directeur général « *inscrive [leur] action en lien, en concertation et en réseau avec les autres directeurs adjoints, quand cela est possible.* » En d'autres termes, ils veulent que le directeur général initie et entretienne un collectif de direction où chacun contribue à hauteur de ses compétences.

Concernant les cadres de santé et des cadres supérieurs de santé, les verbatim recueillis font état des mêmes éléments que précédemment. C'est-à-dire que pour ses cadres, en parlant de leurs responsables hiérarchiques, « *l'important c'est qu'ils aient confiance en nous,* » et « *qu'ils sachent qu'ils peuvent nous confier des responsabilités* ». Donc confiance et responsabilité demeurent importants dans leurs facteurs de motivation. Plus encore, il ressort

de ces entretiens que les cadres et cadres supérieurs de santé attendent de leur responsable « *une certaine proximité.* » Lorsqu'il est question de proximité, ils entendent par-là la « *possibilité de donner son avis* » d'une part et « *le fait de bien [les] connaître* ». Cette recherche de connaissance et de reconnaissance par ces cadres est importante pour eux dans le sens où lorsqu'ils sont en difficulté, ils souhaitent et attendent de leurs responsables hiérarchiques « *du soutien* » pour les accompagner à franchir certaines difficultés.

Et c'est avec ce même paradigme qu'ils ont répondu à la question suivante.

Comment en tant que responsable hiérarchique contribuez-vous à la motivation des professionnels placés sous votre autorité ?

L'ensemble des individus interrogés s'accorde sur le fait que « *le plus important est de responsabiliser l'autre, de lui permettre de réaliser des projets et de développer ses compétences.* » L'individu n°8, cadre supérieur en instituts, va même jusqu'à dire qu'il est important pour lui d'être vigilant à ce que les missions confiées ne dépassent pas la zone proximale de développement, telle que l'a décrite Vitgosky, c'est-à-dire qu'il « *prend grand soin de ne confier que des responsabilités dont [il sait] que la personne sera en capacité de réaliser, avec à chaque fois, un niveau de complexité supplémentaire pour développer ses compétences et répondre aux besoins à venir de la structure.* » Ce cadre supérieur de santé envisage donc la motivation comme un processus continu basé sur une responsabilisation croissante des acteurs. Par ailleurs, globalement, ces cadres et dirigeants estiment qu'il est important que des feed-back réguliers puissent être fait en précisant que malheureusement, leurs « *contraintes en termes de temps de travail* » ne facilitent pas ces temps de rencontres et d'échanges.

Les individus interrogés font état des mêmes préoccupations que ce soit pour motiver leurs collaborateurs ou bien être motivés eux-mêmes. Ils souhaitent qu'une certaine proximité puisse être établie entre responsables et subordonnés de façon à favoriser la connaissance des acteurs d'une part et contribuant à faciliter leur expression d'autre part. Cette connaissance fine des acteurs sera ainsi utile pour fixer des objectifs professionnels à ces acteurs, avec le niveau d'accompagnement *ad hoc* ainsi que le soutien qu'ils estiment requis. En ce sens, cette représentation des individus rencontrés converge là encore avec les fondamentaux du contrat psychologique et de la motivation dans le sens où le soutien organisationnel est fondamental dans ces concepts et où la connaissance, ou plus exactement la reconnaissance de l'autre est ontologique à la création de compétences professionnelles nouvelles, moteur de la motivation et d'un contrat psychologique accompli.

Combien de temps pensez-vous encore travailler dans ce service, dans cet établissement ?

Les individus rencontrés, sont unanimes pour dire que pour l'instant ils n'y pensent pas, sauf un pour lequel l'heure de la retraite va arriver dans quelques mois. L'individu n°2, directeur des soins en gestion pose la question différemment en me disant que c'est pour lui plutôt « *combien de temps l'hôpital aura-t-il besoin de mes compétences ?* » En lui demandant d'explicitier sa réponse, il précise qu'à des postes d'encadrement tels que le sien, il faut avant tout avoir conscience que « *nous sommes là pour répondre aux besoins actuels et à venir de nos organisations, et que bien que l'on se sente à l'aise dans notre poste et dans notre fonction, il est possible pour des raisons tout à fait entendables que l'établissement ait besoin de nouvelles compétences ; des compétences que je n'aurais pas où pour lesquelles je n'aurais pas spécialement d'appétences.* » À l'exception de cette réponse originale, les autres individus disent « *ne pas chercher autre chose tant [qu'ils sont] bien dans le poste [qu'ils occupe[nt]].* »

Il ressort de ces entretiens des éléments éminemment et positivement corrélés avec la littérature que nous avons abordée en début de mémoire. En tenant compte de tous ces éléments, dans la partie suivante, nous allons préconiser certaines actions pour permettre aux encadrants de satisfaire autant que faire se peut leur contrat psychologique avec l'employeur hospitalier d'une part, tout en nous attachant à un niveau de motivation le plus optimal possible.

Pour les responsables interrogés, la question de quitter leurs services ou établissements actuels ne se pose pas. Ils ne se la posent pas car ils semblent avoir des contrats psychologiques avec leurs structures satisfaisants ainsi qu'une motivation clairement affichée. Cette motivation semble notamment entretenue par les différents projets dont ils ont la responsabilité. De plus, il apparaît, avec les propos de l'individu n°2, en lien avec les compétences nécessaires pour un établissement, que le schéma mental de la relation de travail l'unissant à son employeur relève du contrat psychologique de transition, c'est-à-dire que ce directeur des soins a intégré le fait que son exercice professionnel quotidien doit lui permettre de développer, en continu, des compétences pour pouvoir continuer à être « employable » à l'avenir, avec des compétences actualisées au gré de l'évolution des connaissances et des besoins hospitaliers.

Préconisations

Ce travail met en évidence le fait que, comme nous le pensions au départ de cette recherche, le rôle du responsable hiérarchique est éminemment important dans le maintien ou le développement de la motivation chez les cadres de santé. Et ce, quel que soit leur lieu d'exercice ?

Aussi, en prenant en considération les éléments théoriques des concepts étudiés d'une part, et en prenant en compte les éléments saillants des entretiens réalisés d'autre part, dans le but de permettre aux cadres et cadres supérieurs de santé de maintenir une forte motivation au travail, nous réalisons, à destination des directeurs des soins, les préconisations suivantes.

Soigner le recrutement

Tout d'abord, en lien avec la notion de contrat psychologique anticipatoire tel que nous l'avons abordé et découvert, l'individu se crée le schéma mental qui va l'unir à son employeur avant même d'avoir commencé à exercer ses fonctions. En ce sens, il nous apparaît important d'être en capacité d'offrir à l'impétrant un accueil des plus qualitatifs. En ce sens, il ressort que les encadrants, qu'ils soient cadres de santé ou cadres supérieurs, apprécient tout particulièrement le temps que leur hiérarchie peut leur accorder d'une part, mais également ils apprécient tout particulièrement que cette dernière se donne les moyens de les connaître. Ainsi, dans le cadre de recrutement extérieur de cadres de santé, nous préconisons que ce soit le directeur des soins qui réalise l'entretien ou bien un cadre supérieur de santé, accompagné d'un représentant de la direction des ressources humaines. Par ailleurs, nous préconisons qu'au-delà des questions en lien avec la technicité recherchée pour le poste à pourvoir, le recruteur fasse le nécessaire pour conduire l'entretien de façon à connaître l'individu. Comme le ressortent nos verbatim, il importe pour les cadres de sentir que les directeurs des soins *“savent à qui ils ont affaire.”*

Nous évoquons le recrutement de cadres en interne dans la partie qui suit, traitant de la *“détection des talents”*

Détection des talents

L'une des missions d'un directeur des soins consiste à développer les compétences des professionnels placés sous sa responsabilités. En ce sens, il lui incombe de solliciter les cadres et les cadres supérieurs de la structure pour lui faire remonter les soignants qui, pour eux, ont un potentiel d'encadrant. À la suite de cette détection, le rôle d'accompagnateur de projet du directeur des soins doit être réfléchi. En effet, ce n'est pas nécessairement à lui d'accompagner le peut-être futur cadre de santé, mais c'est en tout cas à lui de construire un processus institutionnel à même de permettre à un soignant de devenir cadre de santé. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que dans la plupart des établissements hospitaliers, les soignants se voyant attribuer des fonctions d'encadrement se voient désigner sous l'appellation de "faisant-fonction". En ce sens, s'intéresser à la sémantique peut parfois permettre de donner du relief à une certaine réalité. En l'occurrence, ce terme peut se révéler réducteur car *in fine*, ils ne font pas que fonction, ils embrassent pour la plupart les mêmes missions et responsabilités que leurs collègues ayant été diplômés d'un institut de formation des cadres de santé (IFCS).

Le choix de l'accompagnant par le directeur des soins se trouve ainsi primordial, d'un point de vue du contenu des savoirs à transmettre bien entendu, mais également en termes de qualité relationnelle adaptée à la personnalité du nouvel encadrant. Comme nous l'avons vu dans la partie traitant du contrat psychologique, nous savons que l'aspect transactionnel n'est pas la priorité pour les soignants mais plutôt les aspects relationnels et idéologiques de leur exercice. Et de ce fait, le directeur des soins doit rechercher un tuteur pour le nouveau cadre qui soit aguerri dans la fonction d'encadrement d'une part, mais qui soit également tourné vers les besoins du tutoré et à même de l'aider à intégrer la philosophie d'encadrement de l'organisation.

Ainsi, Cette modalité de sélection permet de donner à voir d'une certaine dynamique de promotion interne dans l'établissement.

Accompagnement, désignation de tuteurs pour les faisant-fonction

Comme nous l'avons vu précédemment, notamment dans la partie traitant du contrat psychologique anticipatoire, il nous semble fondamental de tout mettre en œuvre pour que la période de faisant-fonction soit à même de renforcer les liens unissant le futur cadre à son organisation. C'est notamment pour cette raison que nous préconisons de faire en sorte de donner un tuteur de proximité au faisant-fonction. Un tuteur qui mettra en œuvre le dispositif d'accompagnement des faisant-fonction qui aura été validé par la direction des soins et qui fera l'objet d'évaluations et d'actualisation à une fréquence donnée. Par ailleurs, nous entendons ici la proximité dans son acception de recours facilement mobilisable en cas de besoin de soutien par le tuteur.

Au titre des évaluations citées, nous pensons tout particulièrement à l'une d'elles.

L'entretien annuel d'évaluation

L'entretien annuel, cette obligation réglementaire, est fréquemment considérée comme un passage obligé pour les cadres de santé, ainsi que pour les professionnels soignants, sans nécessairement être investi de façon pleine et entière. De ce fait, ce temps de rencontre formalisé est bien souvent banalisé et davantage vu comme une contrainte que comme une force mettant en évidence un puissant levier managérial. De ce fait, en faisant le lien entre les concepts de contrat psychologique et de motivation, nous préconisons de tout mettre en œuvre pour que cet entretien annuel soit valorisé par le directeur des soins. Tout d'abord auprès des cadres supérieurs de santé. Il n'est en effet pas envisageable de réaliser *stricto sensu* un entretien unique, annuel, de l'évaluation du travail d'un encadrant. En tenant compte de ce que nous préconisons précédemment en termes de suivi de l'encadrement et de proximité managériale, l'évaluation professionnelle de ces encadrants est réalisée de façon continue tout au long de l'année et discutée entre ces derniers et le directeur des soins. Avec cette philosophie, l'entretien annuel d'évaluation des cadres supérieurs de santé se verrait ainsi, dans ces temps contraints, davantage tourné vers la projection professionnelle et éventuellement la formation continue. Dans la même veine, nous préconisons que l'encadrement supérieur agisse de même envers l'encadrement de proximité. En plus des

bénéfices escomptés en termes de contrat psychologique et de motivation, cette façon de procéder, de façon continue tout au long de l'année, obligera également l'encadrement à fixer des points d'étapes individuels réguliers avec les encadrants de proximité.

Philosophie de l'encadrement

Les structures hospitalières sont de plus en plus soucieuses de leur image pour des raisons évidentes d'attractivité de la patientèle et des professionnels de santé. Cette préoccupation se constate au quotidien au niveau de la communication externe qui fait l'objet d'une vigilance toute particulière en général par ces structures. Et ce, que ce soit au niveau des médias traditionnels ou bien à celui des réseaux sociaux. Pour autant, nous constatons que ces établissements sont moins nombreux à s'attacher à faire transparaître dans ces médias, au-delà des plus-values techniques relatives aux soins, ce que le marketing nomme la culture d'entreprise. Ceci est une erreur en ce sens, nous préconisons que pour ce qui le concerne, le Directeur des soins soit attaché à ce que transparaissent dans ces médias la philosophie du soin prodigué dans l'établissement bien évidemment, mais également, lorsque cela est possible, la philosophie de l'encadrement paramédical. Ce point est important et contribue à l'attractivité des personnels d'encadrement tel que nous avons pu le découvrir lors de nos investigations.

Collégialité de l'encadrement

Pour faire vivre et évoluer une certaine collégialité de l'encadrement, nous préconisons que les Directeurs des soins instaurent et s'investissent dans un Collège de l'encadrement. Ceci pour favoriser l'inscription de chaque cadre dans une dynamique collective. Cette collégialité possède plusieurs avantages. Le premier d'entre-eux est de permettre aux cadres et cadres supérieurs de santé de questionner leurs pratiques, de les comparer à celles de leurs collègues et ainsi de participer à une amélioration continue des pratiques managériales tant individuelles que collectives tout en les harmonisant le cas échéant. De plus, ces rencontres permettent aux cadres de leur donner une vision globale de

la situation de l'établissement, de son évolution, de sa dynamique et de ses projections, renforçant ainsi le sens donner à leur action au sein de cet établissement.

Au-delà de la mise en place de cet espace institutionnelle, nos entretiens nous ont permis de mesurer à quel point les rencontres précisées ci-après sont jugées « *indispensables* » par les cadres.

Rencontre avec les cadres supérieurs

Les cadres supérieurs de santé, en tant que maitres d'œuvre de l'opérationnalité de la direction des soins ont manifesté l'importance d'une rencontre régulière avec le directeur des soins afin de pouvoir positionner leurs équipes dans le droit fil de la politique et de la stratégie de la Direction des soins. Pour ce faire, nous préconisons qu'une rencontre avec les cadres supérieurs de santé se fasse à fréquence régulière, à savoir une fois par semaine *a minima*. Au-delà des directives nouvelles que pourra apporter le Directeur des soins, ce temps d'échange permettra également d'apporter la proximité recherchée par l'encadrement supérieur pour l'asseoir dans ses responsabilités et prises de décisions.

Rencontre avec les cadres de santé

En ce qui concerne les cadres de santé, nous préconisons qu'ils soient rencontrés individuellement une fois par semaine par leur cadre supérieur et collectivement, *a minima*, une fois par mois par le Directeur des soins. Là encore, l'objectif de ces réunions est de promouvoir les échanges avec ces acteurs de terrain pour entendre leurs difficultés, qu'ils puissent déposer leurs paroles et être entendus. Globalement, au-delà de ce que la littérature relève d'important sur le contrat psychologique et la motivation, ces rencontres permettent aux cadres de se sentir pleinement concernés par les décisions prises par la direction des soins et d'avoir le niveau d'information en adéquation avec leurs besoins pour pouvoir exercer au quotidien. Dans ces rencontres *a minima* mensuelles, il est important pour le directeur des soins de fixer des objectifs collectifs et des caps qui sont en cohérence avec les valeurs et la philosophie de l'entreprise. Dans cette occurrence, il est important, dans la mesure du possible, hors crise sanitaire ou bouleversements conjoncturels majeurs, de ne pas afficher

de labilité dans les projets dans lesquels les cadres s'investissent. En effet, comme nous l'avons vu dans nos entretiens, les personnes interrogées sont attentives à leur cadre d'évolution et réclament de la constance dans le management des projets qu'ils souscrivent, notamment sur les parcours patients. Ce dernier est le catalyseur à la fois des valeurs professionnelles des cadres, de leur motivation, en lien avec l'idéologie soignante de leurs contrats psychologiques et le moyen de se réaliser professionnellement, tant humainement professionnellement, en termes de réalisation de soi, qu'en tant qu'outil pour asseoir leur positionnement et légitimité cadres.

Quelles que soient les modalités de rencontre collectives entre directeur des soins et l'encadrement de proximité ou supérieur, toujours en lien avec les éléments constitutifs d'un contrat psychologique accompli ainsi qu'en lien avec la motivation, il nous apparaît important pour le directeur des soins d'être en capacité de proposer des temps réguliers d'entretiens individuels avec les cadres supérieurs de santé. Ceci pour aborder des thématiques et problématiques propres à chaque cadre supérieur de santé ce qui favorisera également ce que nos entretiens ont confirmé de ce qu'évoque la littérature sur le sujet, à savoir la proximité que les cadres interrogés ont loué les bienfaits que cela leur apporte. Pour leur bien-être au travail sur leurs fonctions ainsi que l'écoute et le feed-back que le dirigeant peut leur apporter pour asseoir leur autonomie professionnelle.

A l'instar de ce que nous préconisons pour la proximité entre directeur des soins et cadres supérieurs de santé, nous préconisons également que le directeur des soins soit garant de cette proximité entre les cadres supérieurs de santé et les cadres de santé placés sous leur responsabilité. Là encore, l'objectif de cette pratique, en lien avec les théories développées dans le cadre de ce travail, est de permettre à l'encadrement de proximité de se sentir reconnu dans ses missions et qu'il acquière ou développe le sentiment qu'il bénéficie du soutien de l'organisation.

Par ailleurs, au-delà de ce sentiment de soutien organisationnel perçu par les cadres de proximité et supérieurs, ces temps privilégiés sont également l'occasion pour le directeur des soins d'accompagner les projets professionnels de l'encadrement ; soit directement, auprès des cadres supérieurs de santé ; soit indirectement, auprès des cadres de proximité. Lorsque nous disons indirectement en ce qui concerne les cadres de proximité, il va de soi que lorsqu'un projet professionnel est formalisé par l'un d'eux, le directeur des soins aura à

l'accompagner soit tout ou partie de son projet en fonction de ce qu'il aura décidé, en accord avec le cadre supérieur de santé sous l'autorité duquel il travaille.

Philosophie des soins

Dans ce chapitre, nous évoquerons la philosophie du soin. Mais plus encore, ce que nous entendons décrire ici concerne plus particulièrement la philosophie du prendre soin et de l'accueil de l'autre, que ce dernier soit usager ou professionnel.

À ce titre, le premier principe que nous évoquerons est à mettre en lien avec l'attitude bienveillante, de la définition de cette dernière à sa mise en œuvre concrète.

Attitude bienveillante

Les critères d'évaluation de la qualité hospitalière se centrent de plus en plus sur le ressenti du patient, sur ce que le marketing social appelle l'expérience patient. C'est le résultat de cette expérience hospitalière qui donnera l'envie ou non des usagers de revenir se faire soigner dans la structure ou non et recommandera à son entourage cet établissement de soin ou non. En tant que directeur des soins, cette considération expérientielle ne doit pas se restreindre aux usagers de l'hôpital, mais également à l'ensemble de ses acteurs professionnels.

Nous préconisons ainsi qu'un directeur des soins s'intéresse autant au parcours patient qu'à celui des professionnels de l'établissement, à commencer par les équipes d'encadrement. Et ce, en créant le cas échéant et en renseignant des documents qualité en lien avec la qualité de vie au travail des personnels d'encadrement.

Valorisation du travail en réseaux.

Comme nous l'avons vu dans notre analyse, les cadres et cadres supérieurs de santé aiment à donner du sens à leur activité professionnelle. Pour ce faire, au regard des

remontées de terrain spécifiques que nous avons eu en provenance du terrain de l'encadrement, nous établissons deux préconisations tout particulièrement en lien avec le domaine de la formation et du travail en réseau.

Lien avec instituts de formation et lieux de stage.

En tant que Directeur des soins, qu'il exerce en gestion ou en formation, il nous apparaît important de faire en sorte que les liens entre instituts et établissements supports ou de stages soit particulièrement vivants, interactifs et sans cesse renouvelés. En effet, nous souhaitons ainsi faire en sorte que la considération réciproque et forte entre formation et gestion permette de donner du sens aux actions professionnelles des cadres, en mêlant théories soignantes et praxis infirmières de façon concrète. Et on voit bien que la crise sanitaire actuelle modifie les équilibres qui avaient parfois pu être trouvés entre gestion et formation et, en ce sens, dans une visée proactive et emplie de sens et de réalisme, nous préconisons un renforcement des échanges entre formateurs et gestionnaires, qu'ils soient internes à l'établissement ou extérieurs, voire la création ou le développement de temps partagés de cadres qui seraient affectés pour partie sur les instituts et, en complément de leur temps de travail, sur des services de soin. Cette meilleure compréhension du milieu de travail et cette plus grande possibilité d'apporter des réponses concrètes aux problématiques rencontrées contribueront à majorer la motivation des cadres paramédicaux ainsi qu'à renforcer le lien avec la structure.

Lien avec les établissements du Groupement hospitalier de territoire

De la même manière que pour l'encadrement des élèves et étudiants paramédicaux, nous préconisons que les directeurs des soins soient proactifs en ce qui concernent les échanges formels et informels entre structures de soins au sein d'un Groupement hospitalier de territoire. L'objectif est, là encore, de donner du sens à l'action de l'organisation hospitalière en l'inscrivant dans un contexte territorial. En ce sens, il nous apparaîtrait positif le fait que le Directeur des soins, notamment au travers de la Commission des soins infirmiers, de rééducation médico-technique notamment, soit en capacité de contribuer à un dessein

soignant collectif réaliste et prégnant, porteur de sens pour les soignants du territoire, et de ce fait, potentiellement motivant pour eux.

Par ailleurs, comme nous avons pu le constater, les cadres paramédicaux sont éminemment à la recherche de responsabilité.

Responsabilisation

Le cadre conceptuel de notre travail et les résultats de notre analyse convergent sur le fait que pour se sentir bien et motivé au travail, l'individu apprécie et recherche les responsabilités. Ainsi, nos préconisations sur ce thème sont de positionner le directeur des soins en garant de la responsabilisation de l'équipe d'encadrement. Pour ce faire, ce dirigeant doit être vigilant sur plusieurs points.

Tout d'abord, il doit régulièrement s'assurer que chacun des cadres dont il a la responsabilité au sein de la structure se voit charger de missions et de projets. Soit il définit ces responsabilités avec les cadres supérieurs de santé et les accompagne et en réalise l'évaluation régulière. Et ce, sans nécessairement se donner comme horizon d'évaluation l'entretien annuel d'évaluation car c'est la récurrence des suivis que le directeur des soins va réaliser qui va contribuer à donner encore plus de sens aux responsabilités confiées aux collaborateurs et qui contribuera à leur implication. De la même manière, le directeur des soins doit également s'assurer que les cadres supérieurs de santé confient également des responsabilités, sous forme de missions et de projets, aux cadres de santé avec les mêmes modalités de suivi que celles évoquées dans les lignes précédentes.

Ensuite, il nous semble important de reprendre l'un des verbatims de notre recherche qui est qu'il « *ne faut pas que les responsabilités dépassent la (zone proximale de développement) des cadres.* » En ce sens, cette responsabilisation de l'encadrement doit conduire le Directeur des soins à évaluer avec mesure l'amplitude des missions confiées que ce soit par lui envers les cadres supérieurs de santé ou de ces derniers vers l'encadrement de proximité. Ces responsabilités doivent être réalisables, avec des objectifs réalistes au regard des compétences de chacun des destinataires de ses responsabilités. En plus de la responsabilisation, l'un des avantages que produit ce dispositif est d'augmenter

progressivement le niveau de compétence de l'encadrement tant au niveau individuel qu'à celui du collectif.

Visibilité et constance dans la gestion de projet

Les éléments précédents, en termes de responsabilisation, permettent d'accompagner les projets institutionnels et, plus encore, de les faire vivre, de faire évoluer le monde hospitalier. Les projets et leurs conduites sont donc primordiaux pour assurer la pérennité du système sanitaire. Aussi, en lien avec cet impératif existentiel pour l'hôpital et, toujours en établissant le lien avec les concepts du contrat psychologique et de la motivation, il apparaît important pour un directeur des soins de donner, autant qu'il lui est possible de le faire, une vision claire pour les encadrants des objectifs poursuivis. Pour ce faire, il doit s'essayer à leur donner une visibilité suffisante et satisfaisante pour que les projets qu'ils mènent puissent arriver à leur terme. L'objectif n'est pas tant que ces projets soient toujours des réussites, car il est également important pour un directeur des soins d'être en capacité de faire en sorte que les écueils rencontrés par les cadres en termes de gestion de projets permettent d'apprendre de ses erreurs. C'est en cela que la posture bienveillante que nous évoquons dans la partie traitant de la philosophie de l'encadrement doit aider à faire ce type de bilan et d'en tirer des leçons constructives pour l'avenir. Donner de la visibilité aux cadres permet également de développer et de les responsabiliser dans leur autonomie professionnelle en leur donnant la possibilité de s'organiser à leur convenance, bien entendu en faisant du reporting fréquemment. Ils disposent ainsi d'un périmètre d'action clairement défini à l'intérieur duquel ils peuvent pleinement s'investir, avec un sentiment de sécurité et de réalisation de soi, ce qui contribue, comme nous l'avons précédemment vu, à leur motivation.

Recrutement des professionnels de santé et des cadres paramédicaux

Pour faire suite à ce qui contribue à la responsabilisation et à la valorisation des acteurs de l'encadrement, il ressort de nos entretiens que les cadres qui participent au recrutement en sont pleinement satisfaits et ceux qui ne sont pas associés à cette procédure en font grief à leur hiérarchie. Ces derniers estiment qu'ils sont les plus à même de juger des aspects techniques, professionnels et métiers des compétences présentées par les candidats et à ce titre, ils estiment que de ne pas les associer au recrutement est un « *gâchis* ». En ce sens, en tenant compte de la littérature et des réflexions des professionnels interrogés, nous préconisons que lors des recrutements des professionnels de santé, qu'en plus d'un représentant de la direction des ressources humaines pour aborder les aspects techniques administratifs, le cadre de santé directement concerné par ce besoin de recrutement soit sollicité pour cette phase de recrutement. Cette procédure est bénéfique pour le cadre de santé, l'établissement et le candidat au recrutement. Pour le cadre, comme nous venons de l'évoquer, cela renforce sa responsabilisation et contribue à satisfaire son contrat psychologique et sa motivation. Pour l'établissement, le gain se réalise du fait d'un recrutement pertinent au regard de ce qui est attendu du poste à pourvoir puisque le demandeur est en capacité de sélectionner le profil qui l'intéresse. Et enfin, cette démarche est également profitable pour le nouvel embauché au niveau de son contrat psychologique puisqu'il rend concret le contrat psychologique anticipatoire du recruté tout en permettant au cadre d'explorer le schéma mental de la relation d'emploi que peut avoir ce recruté. Charge au cadre par la suite d'assurer le suivi et l'accompagnement de la recrue pour satisfaire son contrat psychologique et développer sa motivation.

Conclusion

Au terme de ce travail d'investigation et de compréhension d'un phénomène des plus humains et complexes que représente la motivation, nous pensons que le Directeur des soins peut contribuer à la motivation des cadres paramédicaux placés sous sa responsabilité. Nous avons eu l'occasion d'établir le constat que la motivation ne se décrète pas et n'est pas nécessairement immuable tout au long d'une carrière hospitalière. La motivation des cadres nécessite d'être régulièrement entretenue par les dirigeants hospitaliers. Mais cet "entretien" ne peut se faire directement et si facilement que cela, il nécessite au préalable, de la part du Directeur des soins, une connaissance fine des cadres paramédicaux de la structure ainsi que des problématiques particulières de la structure hospitalière. Plus qu'une connaissance fine des acteurs paramédicaux de l'organisation hospitalière, comme nous avons pu l'aborder dans ce mémoire, la prise en compte du contrat psychologique lien l'encadrant à son employeur apparaît être un outil important pour pouvoir influencer sur les facteurs de motivation de l'individu. Ainsi, en abordant la motivation sous le prisme du contrat psychologique, il nous apparaît que le Directeur des soins est pleinement en capacité de donner du sens à l'environnement hospitalier que rencontre les cadres paramédicaux et, plus encore, est en capacité de donner une certaine résonance à ses directives, en lien avec la connaissance fine qu'il peut avoir des desseins professionnels de chacun de ses interlocuteurs encadrants. Nous retenons donc comme enseignements principaux de travail que la condition préalable à toute motivation professionnelle relève, pour un Directeur des soins, de sa propension à pouvoir connaître et reconnaître les cadres de santé paramédicaux exerçant dans son organisation hospitalière. Par ailleurs, comme nous l'évoquions au début de ce travail, motivation et performance des personnels d'encadrement ne semblent pouvoir se concevoir qu'au prix d'une relation privilégiée avec le responsable hiérarchique et chacun de ces cadres paramédicaux. Et en ce sens, si le Directeur des soins ne peut être en relation proximale avec les cadres de santé, il doit l'être auprès de l'encadrement supérieur et s'assurer que ce dernier le soit avec les cadres de santé. Au final, de ce que nous révèle ce travail, il semble que le préalable à la motivation, à la performance, voire à l'efficacité des organisations se résume avant tout à la proximité que le Directeur des soins est en capacité de faire vivre à chacune des parties prenantes du soin.

BIBLIOGRAPHIE

- Adams, J.S. (1963). *Toward an understanding of inequity*, Journal of Abnormal and Social Psychology, vol.67, n°5, p.422-436.
- Albarello, L. (2012). *Apprendre à chercher*. Paris, De Boeck Supérieur. 4ème Ed.
- Alderfer, C.P. (1969), *An empirical test of a new theory of human needs*, *Organizational Behavior and Human Performance*, vol.4, n°2, p.142-175.
- Anderson, N., Thomas, H.D.C. (1996). *Work group socialization*. In M.A. West (Ed.), *Handbook of work group psychology*, Chichester, Wiley, 423-450.
- Argyris, C. (1960). *Understanding organizational behavior*. (Vols. 1-1). Homewood, Ill., EtatsUnis, Dorsey Press.
- Atkinson, J.W. (1957), *Motivational determinants of risk-taking behavior*, *Psychological Review*, vol.64, n°6, p.359-372.
- Atkinson, J.W. et Birch, D. (1970), *The dynamics of action*, New York, Wiley.
- Atkinson, J.W. et Birch, D. (1978), *An introduction to motivation*, New York, Van Nostrand.
- Bennett, J.B., Cook, R.F., Pelletier, K. (2003). *Toward an integrated framework for comprehensive organizational wellness: Concepts, practices, and research in workplace health promotion*. In Quick, J. C., Tetrick, L. E. (2003). *Handbook of Occupational Health Psychology*. Washington DC, American Psychological Association: 69–95.
- Blau, P. M. (1964). *Exchange and power in social life*. New York, John Wiley.
- Bunderson, J. S. (2001). *How work ideologies shape the psychological contracts of professional employees: Doctors' responses to perceived breach*. *Journal of Organizational Behavior*, 22, 717-741.
- Campbell, J.P., Dunnette, M.D., Lawler, E.E. et Weick, K.E. (1970). *Managerial behavior, performance, and effectiveness*, New York, McGraw-Hill.
- Carver, C.S. et Scheier, M.F. (1981), *Attention and self-regulation : a Control Theory approach of human behavior*, New York, Springer-Verlag.
- Deci, E.L. (1971), « Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.18, p.105-115.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1985), *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, New York, Plenum Press.
- Deci, E.L. et Ryan, R.M. (1991), « A motivational approach to self : integration in personality », Dienstbier, R.A. (Ed), *Perspectives on Motivation : Nebraska symposium on motivation 1990*, vol.38, Lincoln, University of Nebraska Press, p.237-284.

El Akremi, A. (2000), *Contribution à l'étude du rôle de la gestion des ressources humaines dans le passage de la flexibilité potentielle à la flexibilité effective*, Thèse de Doctorat en sciences de gestion de l'Université Toulouse 1, volume 1.

Greenberg, J. (1987), « A taxonomy of Organizational Justice Theories », *Academy of Management Review*, vol.12, n°1, p.9-22.

Guerrero, S. (2003). *La nature du contrat psychologique comme cadre d'étude de la relation d'emploi*. Communication au 14e Congrès de l'AGRH, « GRH Innovons ».

Hackman, J.R. et Oldham, G.R. (1976), « Motivation through the design of work : test of a theory », *Organizational Behavior and Human Performance*, vol.16, p.250-279.

Herzberg, F., Mausner, B., Peterson, R.O. et Capwell, D.F. (1957), *Job attitudes: Review of research and opinion*, Pittsburgh, Psychological Service of Pittsburgh.

Herzberg, F., Mausner, B. et Snyderman, B.B. (1959), *The motivation to work*, New York, John Wiley.

Herzberg, F. (1971). *Le travail et la nature de l'homme*, Paris: EME.

Kanfer, R. (1990), *Motivation theory and industrial and organizational psychology*, in Dunnette, M.D. et Hough, L.M. (Eds), *Handbook of industrial and organizational psychology*, Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, vol.1, p.75-170.

Lester, S. W., Turnley, W. H., Bloodgood, J. M., Bolino, M. C. (2002). *Not Seeing Eye to Eye: Differences in Supervisor and Subordinate Perceptions of and Attributions for Psychological Contract Breach*. *Journal of Organizational Behavior* 23(1), 39–56.

Levinson, H., Price, C. R., Munden, K.J., Mandl, H.J., Solley, C. M. (1962). *Men, Management, and Mental Health*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.

Lewin, K. (1936). Principles of topological relations. *New York & London: McGraw-Hill*. DOI, 10, 10019-000.

Locke, E.A. (1968), « Toward a theory of task motivation and incentives », *Organizational Behavior and Human Performance*, vol.3, n°2, p.157-189.

Locke, E.A., Shaw, K.N., Saari, L.M. et Latham, G.P. (1981), « Goal setting and task performance : 1969-1980 », *Psychological Bulletin*, vol.90, n°1, p.125-152.

Locke, E.A. et Latham, G.P. (1984), *Goal setting, a motivational technique that works !* Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall.

Macneil, Ian R. (1985). *Relational Contract: What We Do and Do Not Know*. *Wis. L. Rev.*, 483-525.

Maslow, A. (1943). « A theory of human motivation », *The Psychological Review*, vol.50, n°4, p.370-396.

Morrison, E. W., Robinson, S. L. (1997). *When employees feel betrayed: a model of how psychological contract violation develops*. *Academy of Management Review*, 22(1), 226-256.

- Nadler, D.A. et Lawler III, E.E. (1977), *Motivation: a diagnostic approach*, in Hackman, J.R., Lawler III, E.E., et Porter, L.W., *Perspectives on behavior in organizations*, New-york, McGraw-Hill, p.26-38.
- Porter, L.W. et Lawler, E.E. (1968), *Managerial attitudes and performance*, Homewood, Ill., Irwin.
- Robinson, S. L., Rousseau, D. M. (1994). *Violating the psychological contract: Not the exception but the norm*. Journal of organizational behavior 15(3), 245–259.
- Rousseau, D. M. (1989). *Psychological and implied contracts in organizations*. Employee responsibilities and rights journal 2(2), 121–139.
- Rousseau, D. M. (1996). *Changing the deal while keeping the people*. The Academy of Management Executive, 10(1), 50-59.
- Rousseau, D. M., De Rozario, P., Jardat, R., Pesqueux, Y. (2014). *Contrat psychologique et organisations : comprendre les accords écrits et non-écrits*. Pearson Education France.
- Roussel, P. (1996), *Rémunération, motivation et satisfaction au travail*, Paris, Editions Economica.
- Roussel, P., & Laboratoire interdisciplinaire de recherche sur les ressources humaines et l'emploi. (2000). *La motivation au travail : concept et théories*. LIRHE, Université des sciences sociales de Toulouse.
- Schein, E. H. (1965). *Organizational psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Takeuchi, R., Tekleab, A. G., Taylor, M. S. (2000). *Procedural justice intervention: Restoring psychological contract violations and effects*. Paper presented at the Society of Industrial and Organizational Psychology, New Orleans, LA.
- Tekleab, A. G., Takeuchi, R., Taylor, M. S., (2005). *Extending the Chain of Relationships among Organizational Justice, Social Exchange, and Employee Reactions: The Role of Contract Violations*. Academy of Management Journal 48(1), 146–157.
- Tetrick, L. E. (2002). *Individual and organizational health*. Research in occupational stress and well-being, 3, 117–141.
- Tolman, E. C. (1932). *Purposive behavior in animals and men*. Univ of California Press.
- Vallerand, R.J. et Thill, E.E. (1993). Introduction au concept de motivation, In J. Vallerand & E.E. Thill (Eds), *Introduction à la psychologie de la motivation*, Laval (Québec), Editions études vivantes – Vigot, pp.3-39.
- Vroom, V.H. (1964). *Work and motivation*, New York, Wiley.

ANNEXES

Guide d'entretien semi-directif

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF

Remerciements pour cet entretien.

Présentation personnelle et professionnelle succincte.

Présentation de mon travail en lien avec « le bien-être au travail ».

Garantie de la confidentialité des échanges.

- 1- Quelle est- votre fonction ?
- 2- Depuis combien de temps l'exercez-vous ?
- 3- Qu'est-ce qui a motivé votre choix de profession ?
- 4- Qu'est-ce qui a motivé votre choix d'établissement ? (Contrat psychologique anticipatoire)
- 5- Qu'est-ce que pour vous être DS, CDS, CSS, Cadre formateur ?
- 6- Quels sont les éléments qui vous ont attirés prioritairement vers cet établissement ?
- 7- Comment appréhendez-vous vos missions dans cet établissement ? (*conditions de travail, perspectives de carrière, avantages perçus, etc.*)
- 8- Qu'est-ce qui vous motive sur ce poste ?
- 9- Comment vos responsables hiérarchiques contribuent-ils à votre motivation ?
- 10- Comment en tant que responsable hiérarchique contribuez-vous à la motivation des professionnels placés sous votre autorité ?
- 11- Combien de temps pensez-vous encore travaillez :
 - a. Dans ce service ?
 - b. Dans cet établissement ?

Remerciements pour le temps consacré à cet entretien.

Abstract.

Depuis plusieurs décennies maintenant, le monde hospitalier connaît de nombreux et conséquents bouleversements. Qu'il s'agisse des fréquentes lois santé qui tendent à chaque fois d'assurer la soutenabilité financière de notre système de santé tout en préservant la qualité et la sécurité des soins qui y sont dispensés, ou bien encore celles qui s'évertuent à garantir des soins de proximité pour tous, globalement, tous les changements induits par ces lois engendrent des conséquences pour les professionnels du soin. Ces derniers peuvent parfois ne plus être en adéquation avec leurs motivations originelles ou bien le sens donné à leur action soignante. Ce mémoire a pour objet de s'intéresser plus particulièrement à une population de cadres de santé paramédicaux, qu'ils soient cadres de proximité, supérieurs ou bien encore cadres formateurs. En effet, l'implication de ces acteurs est capitale et représente un véritable enjeu stratégique pour les institutions hospitalières puisque ce sont eux qui mettent en œuvre la politique et la stratégie de ces institutions, de façon opérationnelle, que ce soit en gestion ou en formation. Et à ce titre, disposer de cadres, au sens large, en perte de motivation constitue une sérieuse difficulté pour les établissements de santé puisque cela impactera négativement la motivation et l'implication des acteurs du soin placés sous leur responsabilité. Dans ce contexte, nous nous attacherons plus précisément à mettre en lumière les possibilités dont dispose un Directeur des soins pour permettre à ces professionnels de l'encadrement de maintenir un contrat psychologique envers leur employeur qui soit satisfaisant ainsi qu'une motivation à même de leur permettre de mener à bien leurs missions et de se sentir bien à leurs postes et dans leurs fonctions sur du long terme.