Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire
Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

**Le management du cadre de santé :
Un levier d'implication des professionnels
dans les projets ?**

Sandrine DESFFAINS

Directrice de mémoire : Christine BLEICHNER

Soutenance le 21 juin 2016

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

**Le management du cadre de santé :
Un levier d'implication des professionnels
dans les projets ?**

Sandrine DESFFAINS

Directrice de mémoire : Christine BLEICHNER

Soutenance le 21 juin 2016

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord Christine BLEICHNER, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée tout au long du chemin et m'a offert ses encouragements.

Je remercie Philippe, mon mari, pour son soutien sans failles et mes enfants, Marie et Hugo, pour avoir accepté que leur maman soit moins disponible pour eux pendant ces dix mois de formation.

Je remercie mes parents pour leur présence et leur soutien auprès des enfants.

Je remercie Magali et Manuel, qui ont accepté de questionner mon écrit, sans complaisance et avec beaucoup de bienveillance.

Je remercie enfin Christine, Dominique, Isabelle et Rachel pour les moments forts partagés au cours de ces dix mois.

Vouloir retrouver l'implication des personnes et admettre qu'elle puisse exister, c'est croire que cet insoupçonnable existe. C'est peut-être là le plus difficile à faire.

(Thévenet, 2000, p.183).

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	10
INTRODUCTION.....	11
CADRE CONCEPTUEL	21
1 Le projet	21
2 L’implication.....	25
3 Le sens.....	30
4 La reconnaissance au travail.....	34
5 Les pratiques managériales	37
METHODOLOGIE	41
6 Le choix de la population :	41
7 Les outils :	42
8 Le choix de la méthode d’analyse	44
ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	46
9 Comment le cadre de santé peut-il, par son action, donner du sens au projet et ainsi favoriser l’implication des soignants?	48
10 La reconnaissance des soignants par le cadre de santé, dans la réalisation des projets : un facteur d’implication ?.....	60
BIAIS ET LIMITES DE LA RECHERCHE	73
CONCLUSION	75
TITRE DES REFERENCES	82
TABLE DES MATIERES	86

GLOSSAIRE

Anesm : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux

AS : Aides-soignants

CDS : Cadre de santé

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FFCDS : Faisant fonction de cadre de santé

HAD : Hôpital à domicile

IFAS : Institut de formation d'aides-soignants

IFCS : Institut de formation de cadre de santé

IDE : Infirmière diplômée d'état

ITEF : ingénieries et technologies en éducation et en formation

PP : Projet personnalisé

SSR : Soins de suite et de réadaptation

USLD : Unité de soins de longue durée

INTRODUCTION

L'opportunité m'a été donnée, à l'Institut de formation de cadre de santé (IFCS), de m'initier à la démarche de recherche en sciences humaines. J'ai saisi cette occasion pour questionner une situation problématique que j'ai rencontrée lors de mes deux années de faisant-fonction de cadre de santé. M'investir dans une démarche de recherche m'a permis de mieux comprendre cette situation et de poursuivre ma démarche de construction d'une nouvelle identité professionnelle, dans l'objectif notamment de me projeter plus facilement sur mon futur poste de cadre de santé responsable d'unité de soins.

Présentation de ma situation problème

En 2013, je suis nommée en qualité de faisant-fonction de cadre de santé (FFCDS) au sein d'un service de médecine de 24 lits accueillant des patients atteints de troubles neurologiques. Les patients sont pris en charge à des étapes variables de leur parcours de soins : de l'annonce diagnostique d'une pathologie chronique à l'accompagnement de la fin de vie. La plupart de ces patients souffrent d'une perte d'autonomie plus ou moins importante et de troubles du comportement.

Très rapidement et de manière très subjective, la façon de collaborer des aides-soignants (AS) dans cette unité m'interroge, notamment lors de deux moments-clés pour l'unité :

- ✓ Les transmissions entre équipes du matin et du soir. Concernant les transmissions orales, les AS sont présents mais ne s'expriment que très peu et principalement sur sollicitation de l'Infirmière Diplômée d'Etat (IDE). Ils transmettent régulièrement entre eux « à côté » des IDE. Quant aux transmissions écrites, les AS remplissent parfois le diagramme de soins mais ne font quasiment jamais de transmissions ciblées dans le dossier de soins du patient.
- ✓ Le staff pluridisciplinaire, outil clé pour déterminer le projet de sortie du patient, qui a lieu une fois par semaine. Les personnes conviées à participer sont : les AS, les IDE, le cadre de santé, les deux praticiens hospitaliers responsables d'un secteur chacun, les internes, la kinésithérapeute, l'assistante sociale et la psychologue. Selon les problématiques posées par les patients, il est possible d'inviter d'autres acteurs comme les médecins référents du patient, l'orthophoniste ou encore l'infirmier coordonnateur de l'Hôpital à domicile (HAD). Lors de ce staff, bien que conviés, les AS ne sont pas

systématiquement présents, selon eux du fait de l'organisation et s'expriment peu, là encore presque uniquement sur sollicitation de l'IDE ou du médecin. Pourtant, je prends rapidement conscience que l'autonomie physique et psychique du patient sont les deux principaux critères dans cette unité pour déterminer son projet de sortie. Dans cette perspective de sortie, les problématiques liées au maintien à domicile sont très fréquentes. Or, les AS sont les seuls à détenir certaines informations cruciales relatives à l'autonomie du patient.

Plus généralement, certaines autres situations me semblent en lien avec la question que je me pose sur la place des AS dans cette unité. Ainsi, la politique qualité du pôle hospitalo-universitaire dont dépend le service de médecine cité se décline en sous-commissions qualité autour de thématiques définies par la Haute autorité de santé (HAS), comme l'hygiène, la douleur, le dossier patient ou l'identito-vigilance. Aucun AS n'est inscrit dans une des sous-commissions qualité du pôle, ou alors de façon informelle concernant l'une d'elles, investie sur l'accompagnement des étudiants.

Par ailleurs, dans le service, je ne trouve ni profil de poste AS, ni IDE, ni cadre de santé (CDS), seulement un document appelé « fiche de tâches » à destination exclusive des AS. Cette fiche liste les activités à réaliser au fil de la journée. Cependant, je constate qu'elle n'est pas suivie par tous, sans comprendre pourquoi.

De même, les IDE demandent, à nouveau, à ce que les AS fassent le « tour du matin » avec elles (projet de binôme entamé il y a plusieurs années mais jamais mis en pratique). Une majorité des AS s'y oppose arguant d'un manque de temps et d'aide des IDE. J'ai toutefois noté que les trois AS qui font le tour du matin avec les IDE et participent plus activement aux transmissions orales, ont chacune le projet de reprendre une formation diplômante (IDE ou ergothérapeute).

J'ai également pu observer que, si les médecins connaissent le prénom des IDE, ils ne connaissent que rarement celui des AS.

Les questions que je me pose face à cette situation

Tous ces constats, dans la perspective d'une prise en charge de qualité du patient, m'amènent à me poser trois catégories de questionnements portant sur :

- L'organisation au sein de l'unité, les relations existantes entre les membres de l'équipe pluri professionnelle, l'implication des professionnels dans l'unité et, plus largement, dans l'institution.

- L'implication des AS dans le projet de sortie patient. Les AS sont-ils de simples exécutants ? Et sinon, comment permettre un plus grand investissement, en prenant en compte les conditions de travail ?
- Le rôle et la marge de manœuvre du cadre de santé.

Il m'apparaît au fil de mes lectures que ce que je perçois comme un manque d'investissement de la part des soignants est dû à ma propre expérience professionnelle. Durant plus de 15 ans, j'ai travaillé à la fois dans des services de médecine, de chirurgie et de psychiatrie où j'ai eu à cœur de m'investir dans les soins auprès du patient, mais aussi dans les organisations de service. Je me suis en parallèle engagée plus largement dans l'institution, notamment dans des groupes de travail transversaux.

L'implication dont j'ai fait preuve au fil de ma carrière d'infirmière puis celle qui m'a animée lors de mes deux années de faisant-fonction de cadre de santé (FFCDS) rendent surprenant, à mes yeux, ce que je perçois comme du manque d'implication de certains professionnels.

Je choisis donc d'axer mes réflexions autour de la thématique de l'implication, toujours dans l'objectif de me projeter dans une fonction de cadre de santé responsable d'une unité de soins.

Ma question de départ

Encore dans la première phase de mon travail de recherche, je formule ma question de départ ainsi :

Comment le cadre de santé peut-il valoriser, impliquer, motiver les AS, individuellement et collectivement ?

La question de la motivation se pose depuis les années 70. Durant les Trente Glorieuses, le système hospitalier est en pleine croissance. Puis apparaissent les crises pétrolières des années 70 entraînant des difficultés financières qui se répercutent dans les structures hospitalières et entraînent des dysfonctionnements. L'Etat s'engage progressivement dans une politique d'efficience : contrôler les dépenses de l'assurance maladie tout en répondant aux besoins en santé de la population. Aujourd'hui, les organisations publiques comme privées sont de plus en plus complexes. Il est demandé aux institutions du service public d'être innovantes, en restant fidèles à leurs valeurs fondatrices et tout en devant faire face à une concurrence sévère qui impose réactivité et flexibilité.

La complexité grandissante des organisations amène à se questionner sur les facteurs favorisant leur performance et leur pérennité. Pour atteindre ces objectifs, l'organisation doit s'appuyer

sur le potentiel et l'engagement de tous. L'implication et la motivation deviennent alors une préoccupation majeure des services de ressources humaines et des managers.

Le petit Larousse (2007) définit la motivation comme l' « ensemble des motifs qui expliquent un acte », « comme un processus physiologique et psychologique responsable du déclenchement, de la poursuite et de la cessation d'un comportement ». Il définit l'implication comme « ce qui est impliqué par quelque chose, conséquence attendue ». La motivation donne donc l'énergie nécessaire pour se mettre en mouvement et l'implication va déterminer le sens, la direction. Cette direction choisie peut avoir une influence majeure sur l'organisation et ainsi permettre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients.

Le cadre est un des garants d'une organisation du service permettant d'assurer une prise en charge sécurisée et de qualité au patient. Axer mes recherches sur l'implication me semble pertinent, au vu de cette notion de choix d'une direction à prendre et de l'influence occasionnée. Favoriser l'implication des professionnels devient dans ce sens un enjeu majeur pour le cadre de santé.

La construction de ma question de recherche

Je commence mes lectures pour affiner mon questionnement. Je m'intéresse dans un premier temps à des ouvrages sur l'implication et la motivation. Les questions de l'identité et de la reconnaissance professionnelle y sont très souvent présentées comme des éléments indispensables pour favoriser l'engagement. La quête de reconnaissance au travail est multiple : reconnaissance du travail fourni mais aussi reconnaissance et respect du salarié lui-même. Je fais le lien avec les propos tenus par de nombreux AS sur l'unité de médecine où j'étais FFCDS. Leurs propos me laissent supposer qu'ils manquent de reconnaissance professionnelle, de la part des IDE et des médecins notamment. Ils me font part de leur impression que les médecins ne savent pas ce qu'ils font auprès du patient et que les IDE leur laissent faire les soins qu'elles-mêmes n'ont pas envie de réaliser. Selon A. M. Arborio (2001), l'invisibilité du care, la délégation du « sale boulot » par les IDE aux AS, seraient responsables du manque de reconnaissance professionnelle ressenti par les AS. Il s'agit ici de reconnaître le travail effectué. Les AS se plaignent par ailleurs d'un manque de reconnaissance personnelle. Ainsi, le fait que les médecins ne connaissent pas le prénom de chaque AS les marque particulièrement. Je me souviens du sentiment de reconnaissance professionnelle que j'ai pu moi-même ressentir de la part de médecins ou de cadres de santé et qui m'a permis de m'engager plus facilement dans certains projets, comme un groupe de réflexion sur le sens de la référence soignante dont nous

avons présenté, avec des collègues, les travaux en colloque. Etre reconnue par l'équipe pluri professionnelle avec laquelle je travaillais a facilité la construction d'une intervention et la prise de parole devant un groupe de pairs.

Le sens donné au travail revient aussi de manière récurrente comme un facteur d'implication. Il apparaît nécessaire à l'individu de donner du sens à ce qu'il fait pour s'impliquer dans son travail. Dans les services de psychiatrie comme dans les services de gériatrie, j'ai pu participer à des réunions d'équipes pluri professionnelles où le sens du soin était questionné.

Cette analyse est renforcée par le niveau d'études plus élevé des soignants, comme de la plupart des employés du secteur hospitalier. Ces compétences élevées amènent un niveau d'exigence supérieure de leur part envers le travail : il doit avoir du sens, permettre de se réaliser, d'être reconnu par l'autre, personnellement et professionnellement. Il est d'autant plus important de pouvoir s'appuyer sur le sens donné au soin dans le domaine de la santé où l'investissement personnel est particulièrement sollicité car la relation soignant-soigné engage les émotions du soignant. En ce sens, la réingénierie du diplôme d'état infirmier a entraîné l'universitarisation de la formation, principalement axée sur la démarche réflexive. Questionner le soin amène l'infirmier à questionner l'organisation dans sa globalité. Enfin, il est à noter la forte augmentation de la proportion de bacheliers parmi les aides-soignants.

En parallèle de mes lectures, je rencontre pour la première fois ma directrice de mémoire. A propos de ma situation de départ, elle m'interpelle sur l'absence apparente de projet de soins dans mon ancienne unité de neurologie et sur le type d'organisation choisie, à savoir une organisation à la tâche. Effectivement, le seul projet patient formulé dans l'unité est le projet de sortie, qui découle des échanges qui ont lieu au staff hebdomadaire évoqué plus haut. Ces échanges font écho aux premières lectures effectuées. Il m'apparaît alors que la question à me poser n'est peut-être pas directement celle de l'implication des AS mais plutôt celle qui permet cette implication. En particulier, en quoi le projet, quel qu'il soit, permet l'implication des professionnels ? Cette question me semble s'adresser à tout le corps médical et paramédical et pas seulement au métier d'aide-soignant. Je décide donc de ne plus me centrer sur le métier d'aide-soignant comme je l'avais d'abord envisagé et de m'attacher à la question des liens entre projet et implication professionnelle.

La gestion par projets a pris une part prépondérante dans la gouvernance des établissements publics hospitaliers. Ainsi, depuis la loi 91-748 du 31 juillet 1991¹, les établissements publics sont dans l'obligation d'élaborer un projet d'établissement. Cette obligation est rappelée par la

¹<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668>

loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale². Le projet d'établissement y apparaît comme un élément clé (article 12), à côté de la volonté de rationaliser les organisations.

Face à cette exigence de rationalisation des moyens humains et financiers, les pouvoirs publics ont engagé les établissements publics à s'inscrire dans une démarche projet, combinant nécessaire efficacité des organisations, facilitation de l'accès au soin, usager comme acteur du dispositif de soins, démarche qualité et accréditation. Pour L. Baranski (2014) le manager, de par ses missions d'encadrement d'équipe, est un acteur privilégié pour permettre au capital humain de produire ensemble. Le projet, par définition, s'inscrit dans un processus dynamique nécessitant des acteurs, parmi lesquels le cadre de santé. Ce dernier devrait s'inscrire dans le projet d'établissement et s'appuyer, dans la démarche de soins, sur le projet personnalisé du patient.

D'ailleurs, depuis les recommandations de la loi 2002-2, les patients sont invités à participer directement à la construction et à la mise en œuvre de leur projet personnalisé (PP) avec les équipes médicales et paramédicales. Dans son guide « recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur les attentes de la personne et le projet personnalisé », l'anesm (agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicosociaux) insiste sur le fait que chaque professionnel, quelle que soit sa qualification, soit impliqué dans le PP, en faisant notamment des propositions et des analyses. Le cadre est quant à lui garant de la démarche globale de PP. Il doit faciliter la prise de parole de chacun et permettre « *une alliance dynamique entre la personne et les professionnels* » (anesm, 2012, p.2).

Afin d'avancer dans mes réflexions, j'oriente mes lectures autour des notions de projet et reprends celles sur l'implication, plus particulièrement sur les liens existant entre ces deux concepts. A la lecture de Boutinet (1996) et Thévenet (2007), certaines thématiques m'apparaissent communes. Tout d'abord, le sens de l'action : Le projet donne un sens à l'action tandis que le sens est un préalable nécessaire à l'implication. Les visions et valeurs de l'entreprise (entendu comme acteur économique sur le secteur marchand), déterminées par le projet de référence, sont indispensables au salarié (l'agent de la fonction publique est entendu comme salarié au titre qu'il perçoit un salaire en échange de son travail) pour qu'il puisse s'y impliquer. Dans le même ordre d'idée, le projet crée un collectif qui permet à l'individu de

² <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2002/1/2/MESX0000158L/jo/texte>

s'approprier une action collective et ensuite de s'impliquer. Par ailleurs, la communication est abordée, toujours par Boutinet (1996), comme une notion centrale de la conduite de projet permettant de créer les conditions de l'implication. Dans le même sens, pour Thévenet (2007), la communication est une source d'influence sociale pour le manager si elle est maîtrisée. Enfin, participer activement à la conception et à la réalisation d'un projet peut être une source de reconnaissance. Le salarié recherche souvent la reconnaissance en retour de son implication et, à l'inverse, le sentiment de non reconnaissance professionnelle peut être responsable d'une moindre implication.

Je fais le parallèle avec mes expériences professionnelles en qualité d'IDE où je me suis impliquée dans plusieurs projets, qui m'ont permis de faire le lien entre le projet patient, le projet des services et le projet d'établissement. Ainsi, en psychiatrie où le projet de soins patient, principal outil à disposition de l'équipe pluri professionnelle, permet de questionner le sens du soin et de le formaliser avec le patient. Dans la continuité, au travers des conseils de pôle, j'ai pris conscience de la nécessaire cohérence entre les projets de service et le projet d'établissement. Les projets transversaux, projets inter pôles, m'ont permis de m'inscrire dans une politique de qualité et de sécurité des soins, en lien avec l'établissement. Les groupes d'analyses de pratiques, quant à eux, m'ont permis de capitaliser sur les bonnes pratiques, le sens du soin, avec en corrélation les valeurs de la fonction publique hospitalière.

La phase exploratoire

Je décide de passer à la phase exploratoire afin de déterminer, parmi tous les éléments cités, ceux qui apparaissent comme des facteurs clés de l'implication. Pour cela, lors de mon stage de management, je réalise un entretien exploratoire auprès du cadre de santé, responsable d'une unité de soins de longue durée (USLD), afin d'étudier les liens qu'il fait entre projet et implication. Pour celui-ci, le projet est un outil de management très régulièrement utilisé, pour impliquer les agents dans une dynamique d'équipe et amener une partie d'entre eux à réfléchir au sens qu'ils donnent aux soins qu'ils réalisent. Il se dit par ailleurs convaincu que la reconnaissance accordée par le cadre à ses agents leur permet de s'engager dans les projets du service. Il en a d'ailleurs fait son sujet de mémoire. Il a initié un projet sur « la prise en soin » avec pour objectif de « répondre aux missions et au projet de service en lien avec le projet de vie individualisé », « d'améliorer la qualité des soins et donner du sens » aux soins et « d'initier au sein de l'équipe une démarche réflexive ». Depuis plus d'un an dans le cadre de ce projet, un groupe d'analyses de pratiques est en place dans l'unité. Par ailleurs, il a formalisé un plan

de progression pour les agents de service hospitalier (ASHQ) et les AS qui intègrent l'USLD. Après deux mois passés dans le service, un des objectifs fixés pour les agents est de « s'engager dans une mission de référent, qu'elle soit institutionnelle ou d'unité ». Je décide alors de mener une enquête exploratoire, en parallèle à l'entretien réalisé auprès du cadre, au sein du service où j'effectue mon stage. L'objectif est de confronter les propos tenus par le cadre et le vécu des ASHQ, AS et IDE sur le terrain. Au sein de cette unité, les AS et les ASHQ font les transmissions ciblées orales pour chaque patient et l'IDE intervient pour compléter si besoin. Elles me disent être « en confiance » et que « c'est valorisant », « ça pousse vers le haut ». Pour elles, le projet personnalisé du résident les invite à réfléchir, « se poser des questions et profiter de l'expérience de chacun ». Elles parlent d'une bonne dynamique d'équipe et mettent en avant le rôle du cadre pour l'expliquer : « elle nous fait confiance », « elle dit les choses mais il y a beaucoup de respect ». Les AS et ASHQ interrogées ont pu me faire part de l'importance pour elles que revêt la confiance que leur accorde le cadre, mais aussi le médecin et les IDE de l'équipe. Elles apprécient d'être engagées dans des références spécifiques, comme l'accueil des étudiants ou la prévention des escarres. Elles parlent aussi de l'importance de « se poser des questions » et de « partager les points de vue de chacun ».

Ainsi, il existe bien des points de convergence avec le vécu des soignants et les résultats escomptés par le cadre.

A l'occasion d'un autre entretien exploratoire, un cadre responsable d'une unité de chirurgie, me fait part lui aussi des projets de soins qu'il a pu mener dans l'unité. Pour cela, il exige l'engagement de tous les agents dans une référence ou un projet, interne au service ou institutionnel. Parce-que conscient que l'inscription n'entraîne pas systématiquement l'implication et que celle-ci revêt des degrés très différents selon les personnes concernés, il est d'autant plus attentif à repérer les centres d'intérêts des agents. Il lui importe que les agents s'inscrivent dans une perspective plus large que le soin direct. En ce sens le projet de soins permet, d'une part, de questionner le sens des soins proposés et, d'autre part, de poser un cadre de référence, sur lequel tous les soignants devront ensuite s'appuyer pour permettre une cohésion de groupe et une prise en charge patient cohérente. Faire avancer les projets nécessite des personnes intéressées.

A l'inverse de mon premier entretien exploratoire, je n'ai cependant pas pu vérifier la corrélation avec le vécu des soignants, élément majeur, selon moi, de réussite dans le premier cas.

Ma question de recherche

A l'issue de cette phase exploratoire, je peux affiner ma question de recherche :

« Dans sa conduite de projets, quel management le cadre de santé peut-il développer pour favoriser l'implication des soignants ? »

Et poser les hypothèses suivantes :

- **« Le cadre de santé peut, par son action, permettre aux soignants de donner du sens au projet et donc de s'y impliquer »**
- **« Le cadre de santé favorise l'implication des soignants dans la réalisation des projets en leur adressant des signes de reconnaissance »**

Dans le cadre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le cadre de santé conduit très régulièrement des projets, qu'ils émanent de la direction des soins ou qu'ils soient à l'initiative des soignants. Il s'appuie sur la compréhension des phénomènes relationnels liés à la conduite de projet, dans l'objectif de développer un mode de management qui permette l'implication des professionnels dans les projets.

Mon sujet d'étude a pour objectif de mieux comprendre ces phénomènes et les moyens dont dispose le cadre de santé pour favoriser l'implication des agents. La première partie est consacrée à poser les concepts de projet, d'implication, de sens et de reconnaissance qui interviennent dans ma démarche de recherche. Le rôle du cadre apparaît prépondérant dans tous ces concepts. Les modes de management, déterminants dans l'implication des soignants dans les projets, sont développés pour terminer ce cadre conceptuel.

La qualité de la démarche de recherche dépend fortement de la rigueur méthodologique du chercheur. La méthodologie utilisée est développée dans un deuxième temps, en préalable à la présentation des résultats de la recherche et de leur interprétation, au regard du cadre conceptuel.

La participation des soignants est différente selon que le projet est : institutionnel, une déclinaison du projet institutionnel ou interne au service. Les résultats mettent ensuite en avant les moyens dont dispose le cadre de santé pour donner du sens au projet pour les soignants. Informer et encourager les échanges collaboratifs permet de favoriser leur implication. Dans la continuité, l'analyse réalisée s'attache à exposer l'importance de la reconnaissance accordée par le cadre de santé aux soignants, au travers de la démarche projet. Au préalable, cela nécessite d'étudier la participation des soignants aux processus décisionnels inhérents aux projets. L'analyse met ensuite en exergue les différents modes de reconnaissance utilisés par les cadres

à destination des soignants, en tant qu'individus et professionnels. Enfin, les qualités nécessaires aux cadres pour donner de la valeur, aux yeux des soignants, aux signes de reconnaissance transmis sont présentées. L'interprétation de ces résultats a pour objectif de vérifier que le cadre, par la reconnaissance qu'il dispense aux soignants, favorise leur implication dans les projets.

J'ai ensuite souhaité développer un regard critique portant sur ma conduite de recherche, ses biais et ses limites.

La conclusion de ce travail d'initiation à la recherche, quant à elle, reprend le déroulé de la démarche, en montre les impacts sur la construction de ma future posture professionnelle et ouvre des perspectives de nouvelles réflexions qui voient le jour à la suite de la réalisation de ce travail.

CADRE CONCEPTUEL

1 Le projet

L'étymologie latine du mot projet est « projectus » : projeter, expulser. A cette époque, le terme projet n'existait pas en tant que tel, cependant cette étymologie explique le sens actuel du terme, au regard de « se projeter dans le futur ». La notion de projet apparaît à l'époque de la renaissance dans le domaine de l'architecture. Le projet représente alors le travail de l'architecte lié à la conception et se différencie de la phase de réalisation. Le projet correspond à la construction précise d'une idée et il précède la phase de mise en œuvre. L'époque des lumières marque un nouveau tournant dans la définition du projet, il est alors le moyen pour l'homme de se réaliser par sa capacité de créativité. Après Mai 68, qui signe le passage d'une société de masse à une société de l'individu, la construction d'un projet permet alors à l'individu de promouvoir ses valeurs.

Pour les sociologues comme Crozier (1977), en lien avec le monde du travail, le projet est un moyen pour le salarié d'être acteur et d'exercer un pouvoir sur l'organisation.

Pour Boutinet (1996), enseignant chercheur en psychosociologie, le projet se soucie d'« *aménager un vide créateur* », le projet est « *l'anticipation opératoire partiellement déterminée* » (p.64). Le projet est tourné vers l'action à anticiper pour l'avenir et reste suffisamment ouvert pour permettre la surprise.

Vilatte (2006), enseignant chercheur en sciences de l'éducation, s'appuie sur les travaux de plusieurs auteurs pour définir le projet comme « *un instrument de mobilisation sociale et individuelle, mais aussi comme un élément d'évaluation* » (p.5). Il est le moyen pour les acteurs d'atteindre leurs objectifs. Omniprésent dans tous les domaines aujourd'hui, le projet est aussi une réponse à la crise économique, idéologique et morale actuelle car il permet aux individus de s'appuyer sur de nouveaux repères.

Boutinet (1996) distingue deux types de projets : le projet de référence et le projet participatif. Vilatte (2006), lui, décrit les sept dimensions possibles du projet : la première concerne principalement le projet de référence, tandis que les six autres dimensions traitent du projet participatif.

Il convient de s'attarder sur ces deux types de projets.

1.1 Le projet de référence

Le projet de référence formalise la vision et les valeurs sur lesquelles s'appuie l'organisation. Ces valeurs doivent faire consensus auprès des acteurs de l'organisation qui peuvent alors se baser sur une culture d'entreprise bien identifiée. Pour Boutinet (1996) comme pour Vilatte (2006), le projet de référence s'appuie principalement sur une dimension symbolique.

Le projet de référence cherche à bien mettre en évidence les valeurs culturelles dont se réclame l'organisation, valeurs qui sont censées inspirer son action. (Boutinet, 1996, p.116).

Le projet de référence exprime de grandes orientations globales et doit ensuite être communiqué à tous les acteurs de la structure concernée afin de s'assurer que les actions de chacun s'inscrivent dans un sens commun.

Tout projet est porteur d'un sens [...]. Il est perçu comme une innovation liée à l'action, au changement. (Vilatte, 2006, p.11)

Cependant, s'il doit permettre aux hommes d'aller dans le même sens, il doit aussi permettre d'aller dans le sens des hommes en développant les compétences de chacun.

Il s'agit par le projet de conjuguer le développement des hommes avec l'efficacité de l'entreprise, d'opérer une synthèse des grandes priorités économiques et sociales que l'entreprise se donne pour affirmer sa volonté d'être. (Boutinet, 1996, p.238).

L'anesm (2009), dans son document « Repères concernant la notion de projet », s'appuie aussi sur cet ouvrage de Boutinet pour définir le projet. Il présente le projet d'institution comme un outil de management qui « revêt de ce fait un caractère plutôt vertical. Cependant, il doit au mieux faire l'objet d'une mobilisation, au pire être l'expression d'une volonté partagée. » (p.4).

1.2 Le projet participatif

Pour Boutinet (1996), les projets participatifs sont des déclinaisons opérationnelles des projets de référence. Ils comprennent des phases de planification de tâches qui sont porteuses de sens.

Elle consiste à mettre en ordre, sous forme de réseau, plusieurs tâches qui de par leur dépendance et leur chronologie concourent toutes à la réalisation du projet. (p. 265).

Pour Vilatte (2006), projet participatif et projet de référence peuvent être distincts. Un projet participatif peut exister indépendamment d'un projet de référence, ce que ne présente pas Boutinet (1996). Comme pour Boutinet (1996), pour Vilatte (2006) le projet participatif a une dimension opératoire importante. Il concrétise une intention et pose un but à atteindre. Pour ce faire, les actions et les moyens nécessaires sont planifiés. Pour marquer la différence entre projet de référence et projet opératoire, Vilatte (2006) cite les propos de J. Ardiono qui distingue projet-visée, qui relève de l'intention et donc représente la projection dans l'avenir et projet programmatique, qui organise la réalisation et traduit de façon opérationnelle l'intention.

Malgré leur divergence, les deux auteurs s'accordent sur les dimensions sociales et volontaristes du projet.

Ainsi, Boutinet insiste sur la capacité du projet participatif à créer du lien entre les membres d'une équipe. Il représente une ressource pour le manager qui souhaite créer une dynamique d'équipe, source d'implication des professionnels.

C'est dire que la démarche projet peut être identifiée à un processus unificateur destiné à produire un lien social à dominante consensuelle. (Boutinet, 1996, p.284).

Muchielli (2011) développe cette notion d'équipe dans le domaine de la santé. Il définit le travail en équipe comme étant réalisé par un groupe de personnes qui coopèrent ensemble pour réaliser les objectifs d'un projet commun. Les personnes qui constituent ce groupe peuvent avoir des qualifications différentes et travailler ensemble. L'équipe est alors un groupe restreint ayant un objectif commun et collaborant pour réaliser une production qui fera référence pour chacun, et permettra de s'appuyer sur une culture commune. Ce travail en équipe favorise le sentiment d'appartenance au groupe. L'engagement personnel assure le succès du travail de groupe. Le sentiment d'appartenance et l'engagement ne vont pas de soi, ils se construisent avec le temps.

Vilatte (2006) aborde aussi le rôle fédérateur du projet participatif en décrivant sa dimension de socialisation. Le projet demande aux individus de communiquer, de participer et de coopérer. Il responsabilise les acteurs les uns envers les autres. Il implique de travailler en équipe. Le projet ne suscite pas d'emblée l'unanimité mais nécessite d'être bien explicité afin de parvenir à un consensus dynamique.

Il est donc par essence fédérateur, convivial dans une recherche de sens et d'efficacité de tous les partenaires qui lui sont associés. (Vilatte, 2006, p.14)

Pour Boutinet (1996), les acteurs participent activement de la conception à la réalisation du projet. Le projet participatif a ainsi une dimension volontariste qui traduit l'implication de l'acteur dans le projet : l'acteur est alors capable de produire des changements dans l'organisation. Ce type de projet permet de motiver les personnes et de lutter contre la lourdeur des organisations bureaucratiques, synonymes de règles et de normes souvent rigides.

Dans le même ordre d'idée, Vilatte décrit les dimensions de désir, qui engage la créativité de l'individu, identitaire, qui permet de se « réapproprier la réalité », et affective qui correspond au besoin personnel de se réaliser et au besoin d'établir des relations interpersonnelles.

Identification et communication auront à s'articuler avec la quête d'autonomie et la construction d'aspirations et de désirs personnels. (Vilatte, 2006, p.17)

En conclusion, pour ces deux auteurs, le projet trace le chemin entre le désir et la réalité. Pour atteindre ses objectifs, il doit être suffisamment souple pour pouvoir être incarné par tous les acteurs et bien construit pour ne pas les perdre. Le projet prend racine sur l'expérience de terrain et s'appuie sur la science pour aboutir.

Dans cette perspective, le projet de référence donne une direction, il est porteur de sens et de valeurs. Le projet participatif, lui, permet de mobiliser une dynamique d'équipe, de développer le sentiment d'appartenance et la créativité des acteurs du projet. Les auteurs insistent sur les liens forts qui existent entre le projet et l'implication des professionnels, concept qu'il importe de développer.

2 L'implication

Thévenet (2007), professeur au CNAM et à l'ESSEC Business School, définit tout d'abord les causes de l'implication. Il explique ensuite que l'implication peut prendre des formes et des degrés variables. Il identifie enfin les conditions nécessaires à l'implication et les qualités du manager qui permettent de susciter et de pérenniser l'implication.

2.1 Les valeurs du travail comme facettes de l'implication

La ou les valeurs que les personnes identifient au travail constituent les causes majeures de leur implication. Thévenet (2007), identifie cinq valeurs :

- ✓ La valeur-travail : des personnes s'impliquent parce qu'elles valorisent leur travail. Cela permet de se sentir reconnu socialement et utile.
- ✓ L'environnement immédiat de travail : outre le cadre et lieu de travail, les relations interpersonnelles revêtent une importance particulière pour de nombreuses personnes, sensibles à l'ambiance de travail. L'équipe ne peut fonctionner correctement que si c'est la volonté de chacun de ses membres. La cohésion d'équipe ne dépend pas que du bon vouloir du cadre.
- ✓ Le produit ou l'activité : le type d'activité de l'entreprise peut être une cause en elle-même d'implication. c'est souvent le cas dans le domaine de la santé. Les soignants sont attachés à la notion de prendre soin, le care.
- ✓ Le métier : L'implication dans le métier correspond à la valorisation des tâches, la constitution de l'expertise professionnelle et la conscience de l'appartenance à un milieu, à un groupe de référence. L'implication peut aussi traduire la volonté d'une personne de se constituer un « *patrimoine de compétences* » (Thévenet, 2007, p.104).
- ✓ L'entreprise : L'identification l'entreprise évoque la proximité entre les valeurs, les buts de l'entreprise et ceux du salarié lui-même. Pour Thévenet, « *L'identification a également la fonction de réconfort, de clarification du monde vécu.* » (2007, p.49).

2.2 Une implication à degré variable

Tous les professionnels sont impliqués dans l'entreprise, c'est le degré d'implication qui diffère. De nombreuses études montrent une forte implication de la plupart des professionnels, or les dirigeants ont souvent une perception moindre de cette implication car ils s'appuient, pour mesurer l'implication des salariés, sur des idéaux personnels.

L'invisibilité de certaines formes d'implication est due à notre faculté première de percevoir ce qui est différent. « *L'arbre de la différence cache vite la forêt des similarités* » (Thévenet, 2007, p. 183).

Il n'est pas possible de prévoir avec certitude un comportement face à une situation mais au mieux de déterminer des tendances. Il est donc inutile de chercher des techniques spécifiques et efficaces en toutes circonstances. L'influence sociale existe mais en dernier ressort c'est l'influencé qui décide d'agir. Par conséquent, influencer sur l'implication reste possible mais seulement en créant les conditions nécessaires à celle-ci. Une fois ces conditions réunies, la personne choisira de s'impliquer ou non.

L'implication permet au salarié de prendre de la liberté vis-à-vis du travail prescrit. Il va par exemple faire plus que ce qui est attendu ou le faire autrement. Cela permet de ne pas être réduit à un rôle bien défini et donc de pouvoir exprimer sa créativité.

Hesbeen (2002), infirmier et docteur en santé publique parle, quant à lui, de l'importance de laisser un espace de liberté au soignant comme acteur :

Le métier soignant est un art qui s'exerce dans des situations singulières nécessitant de constantes initiatives et adaptations. [...] C'est la raison pour laquelle, de façon encore plus évidente dans les métiers à caractère artisanal, un espace de liberté s'avère particulièrement nécessaire pour que le professionnel puisse y être auteur et acteur de qualité. De par sa présence, le cadre peut favoriser cet espace. (p.105)

Les structures de soins sont fortement dépendantes de leurs personnels et de leur liberté d'agir puisque la qualité du service rendu dépend de la qualité de la relation entre l'agent et le client.

Pour Thévenet (2007), l'implication reste une démarche personnelle de l'individu et le manager ne peut, de son côté, que créer les « conditions nécessaires à l'implication ».

2.3 Les conditions de l'implication des agents

Thévenet (2007) identifie trois conditions à l'implication : la cohérence qui fixe le cadre, la réciprocité qui sert de moteur et l'appropriation qui signe l'engagement.

2.3.1 La cohérence :

« Comment imaginer pouvoir s'investir dans une entreprise que l'on ne comprend pas, qui révèle de fortes incohérences ? Le plus souvent ces incohérences n'existent pas, mais elles sont perçues et c'est cela qui compte. » (Thévenet, 2007, p.204)

La cohérence est un élément de plus en plus développé dans les théories du management. Cohérence, constance et persévérance sont désignés comme des éléments permettant de contrebalancer les évolutions de plus en plus rapides des entreprises et de permettre de les resituer dans un cadre cohérent pour chacun. Les personnes ont une vision claire de leur propre travail. Par contre, la stratégie de leur entreprise n'est pas toujours lisible. Des incohérences peuvent alors apparaître dans l'esprit des personnes.

Ces incohérences se retrouvent à trois niveaux :

- ✓ Entre le discours et l'action : Les dirigeants font évoluer leur stratégie dans la même temporalité que celle des évolutions du marché. Les salariés perçoivent parfois ces évolutions incessantes comme des contradictions et accordent alors moins de crédit à leurs auteurs. Thévenet (2007) rappelle que, dans la communication, les faits comptent moins que les intentions de l'émetteur de l'information et de l'action, et surtout moins que la manière dont elles sont perçues par le récepteur.
- ✓ Entre les discours : L'information donnée sur les évolutions permanentes de la stratégie de l'entreprise ne permet plus aux personnes de percevoir la ligne directrice suivie. Par ailleurs, les discours sont adaptés par les managers au public concerné, ces différences peuvent aussi donner un sentiment d'incohérence.
- ✓ Entre les actions : demande d'autonomie et renforcement des politiques d'évaluation peuvent être perçus comme des incohérences. Communiquer sur les actions ne suffit pas à assurer la compréhension et la cohésion, car les actions sont interprétées selon le cadre de pensée propre à chacun.

Il apparaît alors essentiel de resituer les actions dans un cadre bien défini : les règles de l'organisation et les procédures de travail doivent être cohérentes avec les valeurs globales de l'organisation. La communication est essentielle pour permettre la cohérence : le manager doit régulièrement rappeler le cadre dans lequel il inscrit ses actions et celles des salariés. « *Les références utilisées pour décider paraissent alors plus cohérentes et crédibles.* » (Thévenet, 2007, p. 205).

2.3.2 La réciprocité :

« On ne peut s'impliquer dans une entreprise si l'on n'a pas le sentiment que l'entreprise s'implique vis-à-vis de soi. » (Thévenet, 2007, p.206)

Les signes de réciprocité attendus par le salarié ont tous trait à la reconnaissance. La réciprocité n'est possible que si le manager repère les attentes de reconnaissance propres à chacun et qu'il ne s'arrête pas à celles qu'il imagine comme importantes. Il y a de nombreux signes perçus par le salarié comme de la non-réciprocité, le plus souvent de l'ordre du quotidien. Pour s'impliquer, l'individu doit impérativement avoir un sentiment d'équité et d'échanges dans les rapports humains qui existent au sein de l'organisation.

Thévenet décrit trois niveaux de réciprocité :

- ✓ Celui des valeurs : les personnes doivent sentir la cohérence entre leurs valeurs personnelles et celles de l'entreprise. Les personnes ont besoin de donner du sens à ce qu'ils font et de se sentir en accord avec ce sens donné.
- ✓ Celui des systèmes de gestion : il renvoie aux politiques de gestion de personnel. Le travail est rémunéré en fonction de la qualité et l'utilité du travail. La formation, la gestion de carrière et l'attention portée aux conditions de travail sont aussi des facteurs de reconnaissance importants.
- ✓ Celui de la relation managériale : la qualité de la relation entre les salariés et leurs supérieurs hiérarchiques est une composante essentielle de l'implication du salarié dans son environnement immédiat de travail. La communication, l'écoute et le travail en collaboration sont des grands principes du management. Les outils du management, quant à eux, ne valent que par les intentions du manager qui les utilise.

L'implication est un cheminement personnel de l'individu. Celui-ci ne peut suivre ce chemin que s'il perçoit des signes de reconnaissance donnés par son environnement de travail.

Bernoux (2015), directeur de recherche au CNRS, développe aussi cette question de la réciprocité à travers celle du don réciproque. Les individus cherchent dans leur travail du sens et de la reconnaissance et ils donnent leur travail pour l'obtenir. Une relation juste nécessite alors que le manager reçoive ce don et donne lui aussi en échange : il pourra ainsi donner de la reconnaissance, montrer sa gratitude pour le don reçu.

Chiffre et Teboul (1988), psychosociologues, insistent de leur côté, sur le fait que l'entreprise définit ses valeurs et sa stratégie en fonction de ses besoins de progrès et de pérennité. Elle ne doit cependant pas oublier de tenir compte des besoins des acteurs qui y travaillent.

2.3.3 L'appropriation :

« S'approprier c'est faire sien, c'est sentir qu'un évènement, une situation, un produit, un résultat vous appartient partiellement. » (Thévenet, 2007, p.214)

Un des sentiments forts chez les personnes impliquées est celui de possession : ils ont le sentiment que leur travail leur appartient. Ils se construisent ainsi leur expérience, leur expertise de travail. Ces personnes impliquées décrivent le comportement favorable du manager pour susciter l'implication : il favorise l'autonomie, notamment par la délégation, et il aide les individus qui en font la demande. Cette aide, si elle est légitime, doit répondre aux besoins effectivement exprimés par la personne et non aux besoins ressentis par le manager.

Bernoux (2015), définit l'appropriation comme *« une volonté de maîtrise de l'outil et de son environnement »*. Chacun personnalise son outil de travail et développe ainsi une manière unique de travailler. Il explique que, si l'individu ne trouve aucune flexibilité dans son outil de travail, il ne pourra se l'approprier. Cette pratique renvoie aux travaux de Crozier (1977) sur le pouvoir d'agir de l'acteur sur l'organisation.

L'information délivrée par le manager est aussi un facteur favorisant l'appropriation : elle permet à l'individu de situer son travail dans un environnement plus large, en regard de la vision globale de l'entreprise. L'information se situe ici du côté des salariés. Le manager doit aussi être vigilant à l'information qu'il donne à sa propre hiérarchie : il doit valoriser le succès collectif et non pas s'approprier pour lui-même les résultats du collectif. Valoriser le collectif permet que chacun puisse s'approprier une part de ce succès, et ainsi susciter un attachement fort du groupe. Un sentiment de loyauté découlera de cette appropriation collective. Le manager

a tout intérêt à resituer les actions du collectif dans le cadre de l'organisation elle-même s'il veut développer aussi la loyauté des individus envers l'entreprise.

Si l'implication est décrite comme une démarche personnelle, au moins dans un premier temps, l'engagement ne peut perdurer que s'il prend une dimension collective, en s'appuyant sur un projet commun. Alors que les individus s'appuient chacun sur un sens qui leur est propre pour s'engager personnellement, La principale mission du manager dans ce groupe est de s'attacher à faire fonctionner ces individus ensemble.

Le rôle du manager est donc de créer les conditions favorables à l'implication, en s'appuyant sur les causes de l'implication qu'il perçoit chez chaque agent. Il doit construire une relation de confiance avec l'équipe. Il doit aussi faire preuve, au même titre que tous les salariés de l'entreprise, d'exemplarité au quotidien. Les salariés seront alors à même de repérer les intentions véritables de leur responsable. Il doit enfin montrer des qualités humaines comme la conscience et l'acceptation de soi et des autres. Tout ceci constitue les conditions qui permettent de pérenniser l'implication.

L'implication est dépendante du sens donné à son action et aux valeurs de l'entreprise par l'individu. Elle dépend aussi de la reconnaissance qui lui est accordée dans le cadre du travail. Le sens et la reconnaissance doivent donc être définis.

3 Le sens

Le sens est un concept difficile à définir de par la très grande polysémie du mot lui-même. Dans le dictionnaire Quillet Flammarion, le mot sens se définit selon quatre critères :

- La faculté de percevoir l'impression des objets extérieurs, les sensations.
- La faculté de comprendre et de juger. Elle comprend le sens commun, le sens moral et le sens pratique.
- la signification d'après l'acceptation de la sémantique d'un mot. Elle comprend le sens propre, le sens figuré, le double sens et le non-sens.
- La direction, l'orientation.

Dans le monde du travail, les impressions font appel aux sentiments et aux affects. Elles influent sur les relations interpersonnelles et donc sur la dynamique de groupe et l'identité

professionnelle. Le jugement définit les valeurs communes, le sens du travail. Il influence donc aussi la dynamique de groupe et l'identité professionnelle. Enfin, la direction reflète le mouvement. Le sens est alors entendu comme la direction à prendre, la vision globale de l'organisation.

La définition du Petit Robert illustre les directions bien distinctes qui peuvent être prises pour définir le sens. De nombreux auteurs abordent le besoin de « donner du sens » à une action pour s'y impliquer. D'autres évoquent la nécessité de s'appuyer sur un « sens commun » pour construire une dynamique de groupe ou une identité professionnelle. Certains insistent enfin sur l'importance d'identifier la direction à prendre dans la démarche projet.

J'ai donc choisi d'aborder le sens dans la relation de travail au travers de l'importance accordée par un grand nombre d'auteurs : la perte de sens de plus en plus souvent ressentie, la recherche de sens comme une nouvelle attente des salariés et le nécessaire sens commun du soin.

3.1 La perte de sens et le non-sens

E. Morin (1999) fait référence au principe thermodynamique de l'énergie qui ne devient une force que lorsqu'elle rencontre une résistance. Cela explique que la recherche du sens suive le constat du non-sens.

Autissier, maître de conférences en management et conduite de changement, explique que la perte de repères et d'envie est souvent qualifiée de « perte de sens » par les salariés et les cadres intermédiaires notamment. Les nouvelles logiques économiques et politiques, les changements de plus en plus fréquents entraînent un sentiment de dépossession de leur environnement de travail et de leur identité professionnelle. Il explique par ailleurs que les aspirations des salariés évoluent : ils recherchent des « relais de sens » et des sources d'implication multiples, comme le respect de l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle, une bonne ambiance de travail, l'innovation par le projet, l'autonomie...

Le sens du travail apparaît non pas comme une donnée intangible du poste mais un construit social collectif qui comprend de nombreux éléments, toujours à redéfinir.
(Autissier, 2008, p.62)

Popielski (2013), explique que, dans le monde hospitalier, les soignants expriment de plus en plus souvent une perte de sens donné aux soins en lien avec les multiples changements que subissent les structures sanitaires. Cela explique la recherche de sens à laquelle se rattachent les

soignants. Le cadre de santé a pour mission de redonner du sens au travail s'il veut « fédérer » les soignants autour du « projet de soins centré sur le patient ». Pour y parvenir, il peut créer des lieux et des espaces propices à la réflexion collective.

3.2 La recherche de sens, une nouvelle attente du salarié

Boutinet (1996) fait le lien entre la recherche de plus en plus marquée de sens par les salariés et leur niveau de scolarisation de plus en plus élevé. Il écrit ainsi, à propos de l'association de chacun à l'élaboration et la réalisation du projet d'entreprise.

Ce vœu altruiste tend à devenir de plus en plus une nécessité culturelle ; les hommes au travail cherchent aujourd'hui d'avantage qu'hier à comprendre ce qu'ils font, pourquoi ils le font, et quel sens ils peuvent attribuer à leur travail au regard de ce que leur propose l'organisation. (Boutinet, 1996, p.239)

Ici le sens est surtout défini comme le « sens donné par », ce qui entraîne l'apparition de sens différents, selon les personnes et le contexte donné.

Bernoux (2015) considère que l'individu a besoin de donner du sens à son travail pour se reconnaître dans son travail et s'y impliquer. L'individu agit sur le travail prescrit pour le redéfinir, lui donner un sens propre. Il peut alors s'impliquer dans son travail qu'il considère comme un « travail bien fait ».

Il est indispensable, pour le manager, de tenir compte du sens donné par le salarié et du sens véhiculé par l'entreprise sur les questions de la valeur travail, de la valeur activité et des buts de l'entreprise.

3.3 Vers un sens commun du soin

Honoré (2009), psychiatre et philosophe, donne une illustration de la notion de sens au travers des impressions. Aboutir à un sens commun ne signifie pas à un sens unique. Il explique que la mise en perspective des pratiques soignantes permet de faire apparaître le sens du soin. Le cheminement de la réflexion sur le sens du soin est propre à chaque soignant, il fait souvent écho à des événements de vie particuliers comme une rencontre avec un patient, une confrontation avec les conceptions que les autres ont du soin. Ce cheminement individuel

provoque l'apparition de différences entre les membres de l'équipe qui avancent chacun à leur rythme. L'auteur écrit ainsi :

Tous ne sont pas en effet engagés au même moment et de la même manière sur le chemin du sens du soin. (Honoré, 2009, p.26).

Il est alors, pour l'auteur, impossible d'avoir un sens du soin qui serait le même pour tous au même instant.

Pour autant, Hesbeen utilise la notion du jugement et de la sémantique pour donner son regard sur le sens commun du soin. Ce sens doit se construire à partir d'une compréhension commune, sur la base d'un langage de chacun compris par tous.

Il ne suffit pas d'utiliser les mêmes mots pour se comprendre. Tel le texte d'un livre qui dit pourtant toujours la même chose, il est bien des manières différentes de le comprendre, de l'interpréter. Le langage commun induit ainsi fréquemment en erreur, rendant inaccessible la possibilité de travailler ensemble dans un sens commun. En effet, ce n'est pas d'un langage commun dont a besoin une équipe pour œuvrer ensemble et s'orienter dans la même direction mais bien d'une compréhension commune de ce qui se dit lorsqu'on se parle. (Hesbeen, 2002, p.49).

De son côté Morin philosophe, explique que la subjectivité de l'individu rend sa connaissance partielle. Il a développé une théorie selon laquelle la vision du réel de chaque individu est soumise à deux prismes : l'erreur et l'illusion.

La connaissance, sous forme de mot, d'idée, de théorie, est le fruit d'une traduction/reconstruction par les moyens du langage et de la pensée et, par-là, elle connaît le risque d'erreur. Cette connaissance, à la fois en tant que traduction et en tant que reconstruction, comporte de l'interprétation, ce qui introduit le risque d'erreur à l'intérieur de la subjectivité du connaissant, de sa vision du monde, de ses principes de connaissance. (Morin, 1999, p. 5).

Ces prismes nous amènent tous à décoder le réel de manière partielle et individuelle. Nous avons une grande méconnaissance des autres manières possibles de décoder une action ou un sentiment. Cette méconnaissance participe à la construction de notre propre cadre de références, de nos croyances. Et, pour Baranski (2014), elle agit dans nos relations à l'autre comme « un brouillard relationnel » où la subjectivité de chacun intervient et rend la compréhension

mutuelle complexe. Une des missions du manager est d'aider à lever ce brouillard relationnel, pour accéder, notamment, à la recherche de sens commun.

Il y a un problème capital, toujours méconnu, qui est celui de la nécessité de promouvoir une connaissance capable de saisir les problèmes globaux et fondamentaux pour y inscrire les connaissances partielles et locales. (Baranski, 2014, p.1).

L'objectif de réfléchir en équipe au sens du soin est donc de parvenir à s'entendre sur des objectifs à atteindre, sur une finalité globale du service, tout en acceptant les diversités de conceptions de chacun dans ce modèle commun.

Le sens, parce qu'il permet l'appropriation, est une condition de l'implication. Thévenet et Autissier décrivent aussi la reconnaissance comme indispensable à l'implication.

4 La reconnaissance au travail

Pour Brun (2008), professeur de management à l'université Laval (Québec) :

La reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur santé et à leur bien-être. (p.65).

Or, dans le domaine de la santé, le care souffre d'un manque de reconnaissance, par son invisibilité, surtout lorsqu'il est réalisé dans les règles de l'art. Pour Boiteau (2013) :

Les soins relevant du care sont perçus par les soignants comme relevant du sale boulot. Discrets quand ils sont efficaces, ces soins relevant du rôle propre n'apportent que peu de reconnaissance [...] dans les services où les activités de care dominent [...] on leur attribuera des qualités humaines, mais pas une reconnaissance de savoirs professionnels spécifiques. (Boiteau, 2013, p.19)

L'acte de reconnaître résulte de l'interaction entre plusieurs personnes, il y a donc réciprocité. Arendt, philosophe, explique que la reconnaissance ne peut exister que par les autres, au sein même d'une communauté.

J.P. brun, N. Dugas et M. Tison (2002) décrivent quatre formes de reconnaissance auxquelles il convient de rajouter une nouvelle approche développée par Bernoux (2015). Tous détaillent les moyens à disposition du manager pour reconnaître le travail.

4.1 La reconnaissance existentielle

Elle fait appel à une approche humaniste. La parole de l'individu est prise en considération, celui-ci a alors une influence sur les décisions. Pour susciter ce type de reconnaissance, le manager dispose de moyens formels, comme d'informer sur la stratégie, favoriser le débat d'idées dans l'équipe, déléguer des tâches et proposer des formations. Il existe aussi des moyens informels qui peuvent être utilisés au quotidien, comme saluer ou témoigner un intérêt personnel.

Cette forme de reconnaissance s'apparente à celle décrite par Honneth (2010) de la reconnaissance par l'amour, qui confirme la valeur de l'individu dans ses affects et ses besoins. Cette reconnaissance est une des conditions qui permet la confiance en soi.

4.2 La reconnaissance des résultats

Reconnaître les résultats, c'est reconnaître la contribution de l'individu au bon fonctionnement de l'organisation, l'efficacité, l'utilité et la qualité de son travail. Pour y parvenir, le manager peut communiquer sur les résultats, accorder une prime ou encore féliciter. Nous avons ici une approche comportementaliste de la reconnaissance. Les auteurs insistent cependant à plusieurs reprises sur la nécessité de ne pas activer uniquement la reconnaissance des résultats car elle peut alors être source de jalousie, d'un sentiment d'injustice et elle occulte les efforts et l'investissement du salarié.

4.3 La reconnaissance de la pratique

Elle porte sur le comportement de la personne et ses qualités. La créativité, l'innovation et la capacité de travail en équipe sont reconnues par le manager. Elle correspond à une approche éthique de la reconnaissance.

Bernoux (2015) décrit les deux dimensions du « *pouvoir d'agir* » : « *Il est indispensable à l'individu pour exister et il est indispensable à la société pour produire.* » (p.97). L'entreprise

ayant besoin de l'individu, elle doit accepter de laisser une marge d'autonomie suffisante à l'individu pour qu'il puisse mettre en place ces ajustements. La reconnaissance de la pratique nécessite que le manager accepte l'existence de ces « *ajustements particuliers* » de l'activité « *bricolés* » par l'individu et qu'il reconnaisse leur efficacité.

4.4 La reconnaissance de l'investissement

Elle s'intéresse à l'implication du salarié, sans tenir compte des résultats. Elle permet d'apprécier la contribution, parfois invisible, du salarié au fonctionnement de l'organisation. Ce mode de reconnaissance a une fonction pédagogique par l'accent mis sur la progression du salarié. Il s'agit ici d'une approche subjective de la reconnaissance. Pour définir cette approche, Brun reprend les travaux de Déjours, psychiatre et professeur de psychologie spécialisé dans la psychodynamique du travail, selon qui le jugement porté sur le travail est de deux ordres : le « jugement d'utilité » qui porte sur l'utilité même du travail et un « jugement de beauté » qui, lui porte plutôt sur la qualité du travail. Le premier jugement est surtout porté par la hiérarchie, le second par les pairs et favorise le sentiment d'appartenance.

Les formes de reconnaissance des résultats, de la pratique et de l'investissement s'apparentent, pour leur part, à la reconnaissance sociale définie par Honneth (2010). La reconnaissance sociale, encore appelée reconnaissance par la solidarité, reconnaît notre utilité pour la société. Elle concerne plus particulièrement la reconnaissance au travail par la communauté de valeurs et l'estime réciproque qu'elle favorise. Cette dernière forme de reconnaissance s'intéresse à la reconnaissance du travail par les pairs et par la hiérarchie.

4.5 La reconnaissance par soi et par les autres

Bernoux (2015) décrit un nouveau principe de reconnaissance qui n'est plus fondé sur la seule reconnaissance du travail par les autres. Le travailleur reconnaît lui-même son propre travail comme un travail de qualité, dont il peut tirer de la fierté. L'individu construit son identité en associant la reconnaissance par soi et la reconnaissance par les autres. Dans ces conditions, le manager pourra faire preuve de reconnaissance s'il accepte avant tout « *la rationalité* » de l'individu sur son activité, c'est-à-dire sa propre manière de voir son travail. Le mode de management associé à ce type de reconnaissance est fondé, comme nous l'avons développé plus haut, sur le principe de la réciprocité et entraîne une relation d'égalité entre tous les acteurs

de l'organisation. Cette relation n'annule pas la relation hiérarchique existante mais l'inégalité de statut n'entraîne plus l'inégalité entre les personnes en elles-mêmes.

Le manager doit utiliser ces diverses formes de reconnaissance au quotidien pour répondre à tous les besoins individuels et collectifs des salariés.

Pour terminer ce cadre conceptuel, il semble important d'aborder la question du management et les pratiques mises en exergue autour de ces thématiques.

5 Les pratiques managériales

Que ce soit à propos du projet, de l'implication, de la reconnaissance ou encore du sens, les auteurs cités mettent tous en lien ces concepts avec le rôle des managers.

Il importe de reconnaître l'individu pour ce qu'il est et dans ce qu'il est, tout en lui permettant d'être acteur.

5.1 Les pratiques de reconnaissance au travail

J.P. Brun, N. Dugas et M. Tison décrivent les qualités que doivent revêtir les pratiques managériales pour permettre la reconnaissance au travail : la sincérité, la réactivité (la marque de reconnaissance doit être donnée au moment de l'action et pas en différé), la proximité hiérarchique (le cadre de proximité signifie la reconnaissance au quotidien, celle accordée par la direction est importante aussi mais garde un caractère exceptionnel insuffisant pour que le salarié se sente reconnu au quotidien), la variabilité (la marque de reconnaissance doit être adaptée au contexte), la personnalisation, la légitimité (de celui qui délivre la marque de reconnaissance), la spécificité (reconnaître une action ciblée) et la cohérence (les paroles et les gestes doivent concorder avec les actions).

Pour pouvoir accorder ces différents signes de reconnaissance, le manager doit mobiliser son intelligence émotionnelle. La reconnaissance est ainsi décrite comme : *«une pratique à visage humain ! »* (Brun, Dugas & Tison, 2002, p.20).

5.2 Le management relationnel

Pour Baranski (2014), le management relationnel permet de donner du sens au changement, à l'action. Elle rejoint l'approche humaniste des relations d'équipe selon laquelle le salarié, devenu un collaborateur, est guidé par des motivations qui lui sont propres. Il n'est alors pas possible de motiver une personne mais simplement de réunir les conditions favorables pour qu'il décide de se motiver. Thévenet (2007) fait le même constat dans sa théorie de l'implication. Pour Baranski, le mode de management est dépendant de la personne.

Elle reprend les propos de Michel Crozier (1977) : l'individu est un acteur libre qui agit pour atteindre ses propres objectifs. Le système se doit donc de proposer une organisation permettant la réciprocité des intérêts de chacun. Pour que cela soit possible, le manager s'attache à réunir les conditions favorables à la motivation de chacun, en adoptant un management relationnel et situationnel. Le cadre pourra alors s'adapter à des organisations de plus en plus complexes.

Développer une organisation suppose la mise en place d'un management différencié en fonction du potentiel, du cadre de référence, des attentes et des besoins de chaque collaborateur. La bienveillance, l'attention à l'autre, le respect, l'écoute sont des leviers d'efficacité dans les relations managériales. (Baranski, 2014, p.376).

Les dernières décennies ont vu se développer la notion de coach en lieu et place de celle de manager. Selon Baranski (2014), cette évolution signe la place de plus en plus importante accordée aux compétences comportementales, émotionnelles et relationnelles du manager. Celui-ci doit faire preuve d'écoute, d'authenticité et d'empathie pour favoriser la performance globale. Pour Baranski, dans le cadre du projet de changement, le management intermédiaire doit favoriser la collaboration, privilégier une posture de facilitateur, d'accompagnateur en utilisant par exemple la délégation.

5.3 Le management situationnel ou adaptatif

Le concept de management situationnel a été abordé dans les années 70 par Hersey et Blanchard. Ils le définissaient aussi sous le terme de management adaptatif. Pour eux, ce mode de management a pour visée de s'adapter aux différentes typologies de salariés mais aussi à la complexité de plus en plus grande des organisations.

Ils définissent quatre modes de management qui se doivent d'être utilisés selon les circonstances :

- directif : le leader directif est très organisationnel et peu relationnel. Il fixe des objectifs et les moyens d'y parvenir très précis. Il est le seul décisionnaire.
- persuasif : le leader persuasif est très organisationnel et très relationnel. Il fixe des objectifs, donne les instructions et décide. Il explique tous ces choix et ses décisions.
- associatif : le leader associatif est peu organisationnel et très relationnel. Il écoute, donne la parole, parle peu et conseille. Les décisions sont prises en équipe.
- déléгатif : le leader déléгатif est peu organisationnel et peu relationnel. Il délègue pour responsabiliser et impliquer les membres de l'équipe. Il n'intervient pas de lui-même mais répond aux sollicitations. Il laisse la responsabilité de la prise de décision à l'équipe.

« L'art de manager » devient alors l'art d'utiliser le bon mode de management au bon moment.

5.4 Le management participatif

Il est aussi appelé management démocratique selon Kurt Lewin. Il n'est pas basé sur le laisser-faire mais sur la libre participation aux échanges qui favorise l'implication, lève les freins et permet l'adoption de nouvelles normes. Baranski (2014) insiste sur l'importance pour le manager de maîtriser les canaux de communication afin de promouvoir l'adhésion au projet. Elle privilégie deux types de communication :

- la communication information dont l'objectif est de poser le cadre de l'action.
- La communication action dont l'objectif est d'amener au passage à l'acte et donc à l'engagement. Elle doit s'adresser directement aux acteurs dont on attend l'implication. Cette communication est fondée sur 4 principes : la compréhension, l'adhésion (le projet est accepté comme pertinent), l'appropriation, la réflexion qui devient impliquante et enfin l'action.

Moscovici développe les processus d'influence sociale qui s'exercent dans les groupes. Il décrit les qualités dont l'individu doit faire preuve pour influencer le groupe, en insistant particulièrement sur la consistance. L'individu, s'il communique avec cohérence et persévérance, pourra influencer sur les décisions du groupe et aboutir à l'adoption de nouvelles normes. Il explique que ces modes de communication peuvent être plus efficaces que les

pressions exercées dans les groupes pour préserver les normes établies. Le a intérêt à s'appuyer sur les personnes qu'il perçoit comme convaincues du projet. Elles pourront à leur tour influencer leur groupe de pairs et faciliter l'adhésion du groupe au projet.

Il existe aussi une influence des membres du groupe entre eux. Augustinova et Oberlé (2013) décrivent le phénomène de dépendance normative. L'individu cherche à se conformer à l'avis du groupe afin d'être accepté par les membres du groupe. La dépendance normative peut provoquer un phénomène de polarisation. La polarisation se développe s'il existe des avis divergents dans un groupe qui sont discutés et si, de ces avis, émerge une tendance générale avant la discussion de groupe. Cette polarisation fait donc intervenir les relations interpersonnelles et les capacités d'écoute des participants. Il apparaît indispensable que le manager soit attentif à toutes ses interrelations afin de réguler les échanges et d'aider les membres du groupe à trouver un consensus qui fasse sens pour chacun.

METHODOLOGIE

Pour identifier l'exactitude de mes deux postulats, j'ai été conduite à construire une méthodologie de recherche en sciences humaines et sociales. Avoir posé deux hypothèses pour répondre à ma question de recherche m'a amenée à utiliser une méthode de recherche hypothético-déductive.

J'ai d'abord déterminé la population à interroger, puis l'outil à utiliser, à savoir l'entretien semi-directif. J'ai ensuite analysé ces entretiens selon un modèle d'analyse thématique.

6 Le choix de la population :

Mon sujet d'études porte sur le management humain dans la démarche projet. Mon travail s'inscrit dans un contexte de construction d'une nouvelle identité professionnelle : celle de cadre de santé, responsable d'une unité de soins. Portant sur une question de management, celle-ci concerne à la fois les agents et les cadres. Cette année de formation ayant pour objectif de développer mes compétences en management et au vu du temps imparti pour effectuer ce travail, j'ai choisi d'explorer le seul point de vue des cadres de santé, au travers de la constitution de l'échantillon de recherche. Ainsi, la population étudiée devait avoir des missions communes pour que la comparaison soit possible et mener des projets au sein de la structure où ils exercent. De plus, les cadres devaient exercer dans des structures diversifiées afin de « contraster » les situations.

Les cadres de santé interrogés devaient :

- avoir des missions d'encadrement d'équipe
- avoir mené des projets au sein de la structure où ils exercent.

L'échantillon obtenu était alors fondé sur la diversité et non sur la représentativité.

A propos de ce type d'échantillon, Blanchet et Gotman écrivent :

La constitution de l'échantillon diversifié subit une double contrainte et résulte, en règle générale, du compromis entre la nécessité de contraster un maximum les individus et les situations et, simultanément, d'obtenir des unités d'analyse suffisantes pour être significatives. (1992, p.54-55)

Je me suis appuyée sur mon réseau de connaissances et sur mes stages pour contacter la direction des soins de trois établissements qui m'ont donné leur accord pour interroger des cadres de santé responsables d'unités de soins. J'ai ensuite contacté ces cadres par téléphone. Je leur ai expliqué que l'entretien sollicité se situait dans une démarche de recherche en sciences humaines et sociales et que je souhaitais les interroger sur des projets ayant eu lieu dans leur unité. Ils ont tous accepté de me rencontrer.

Le groupe de 6 personnes interrogées se composait comme suit :

- 2 cadres de santé responsables d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), sous la direction d'un centre hospitalier (CH). (Ils sont nommés cadre C et D dans l'analyse)
- 1 cadre de santé responsable d'une unité d'hospitalisation conventionnelle fermée de psychiatrie, dépendant d'un CHU. (cadre A)
- 1 cadre de santé responsable d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR), dépendant d'un grand groupe d'hospitalisation privée. (cadre B)
- 1 cadre de santé responsable d'un service de SSR, dépendant d'un CH. (cadre E)
- 1 cadre de santé directeur d'un institut de formation d'aides-soignants (IFAS). (cadre F).

7 Les outils :

J'ai construit un guide d'interview, dans la perspective de la conduite d'entretiens semi-directifs.

7.1 L'entretien semi-directif

Dans le cadre d'une recherche hypothético-déductive, j'ai souhaité recueillir des expériences professionnelles et des opinions de cadre sur le management qu'ils pouvaient développer pour favoriser l'implication des professionnels dans les projets. L'entretien était donc l'outil le plus adapté afin de rendre compte du point de vue des personnes interrogées. Dans cette perspective, j'ai choisi l'entretien semi directif pour laisser un espace de liberté à l'interviewé afin qu'il puisse répondre selon ses représentations. Un entretien directif basé sur des réponses fermées ne l'aurait pas permis.

7.2 Le guide d'entretien

Bellenger et Couchaere, deux universitaires (2000), décrivent le guide d'entretien semi-directif ou mixte comme :

Une combinaison judicieuse de questions bien maîtrisées techniquement associée à une conduite d'ouverture centrée sur l'interviewé, marquée de disponibilité et soutenue par le parti pris de chercher à comprendre avant tout. (p.19)

Dans cette optique, j'ai construit un guide d'entretien³ permettant de m'appuyer sur des questions suffisamment ouvertes tout en gardant comme objectif les réponses aux questions que je souhaitais voir abordées. Je suis partie d'une question très large portant sur les projets menés, pour ensuite privilégier l'étude détaillée d'un projet. J'ai suivi cette méthode, à l'exception du dernier entretien pour lequel j'ai souhaité réajuster mon guide. En effet, les quatre premiers entretiens faisaient tous particulièrement état de projets internes menés de façon participative. Or, de par mon stage, j'avais connaissance dans cette structure d'un projet de référence auquel n'adhéraient pas les agents. Aussi, lors de mon entretien avec le cadre responsable de ce projet, j'ai souhaité l'interroger sur l'adéquation entre projet de référence et implication des agents.

7.3 La conduite d'entretien

Les entretiens se sont déroulés dans de bonnes conditions, à chaque fois dans le bureau du cadre interrogé. Un seul d'entre eux a été interrompu une fois ; nous avons cependant repris le fil de l'entretien facilement. Les cadres avaient pris le soin de s'organiser pour ne pas être dérangés, ils avaient par exemple prévenu leurs collaborateurs de leur indisponibilité pendant notre rencontre, prévue sur une heure.

Pour conduire mes entretiens, je me suis appuyée sur les questions de mon guide d'entretien et j'ai utilisé les techniques de reformulation et de clarification des propos entendus afin de faire préciser la pensée. Reformuler était aussi un moyen d'éviter le plus possible d'interpréter ensuite de manière erronée les propos entendus. Les entretiens ont duré entre 35 minutes et une heure. La durée des entretiens s'explique par ma volonté de laisser la personne aller au bout de son développement. Mon objectif était de respecter la parole de l'interviewé et de me centrer sur l'individu, dans la volonté de ne pas déjà analyser sa pensée. Cela m'a ainsi permis de laisser

³ Voir annexe n°1

l'opportunité à la personne interrogée de mettre en avant des thèmes auxquels je n'avais pas songé. J'ai enfin été attentive à respecter les silences de l'interviewé et à m'en autoriser afin de prendre le temps de formuler correctement mes questions.

Il s'agit de s'intéresser à l'autre, tout en ayant bien en tête le niveau d'exigence lié aux objectifs de l'entretien. A cette condition, on peut espérer un usage harmonieux de la variété des questions de découverte ou de validation des informations. (Bellenger et Couchaere, 2000, p. 33-34).

J'ai souhaité enregistrer les entretiens, avec l'accord de tous, afin de pouvoir les retranscrire littéralement et d'en extraire des verbatim. Les entretiens⁴ sont retranscrits avec les n° de lignes afin de retrouver facilement le verbatim extrait dans l'analyse. (Le cadre concerné et le n° de ligne apparaissent entre parenthèses à la fin de chaque verbatim cité).

8 Le choix de la méthode d'analyse

Deux modes d'analyse s'offraient à moi, qualitative ou quantitative. L'implication étant complexe, j'ai choisi d'effectuer une analyse qualitative. Le modèle d'analyse thématique ne s'attache pas à la singularité du discours mais c'est la cohérence thématique qui est recherchée. L'ensemble des discours produits, le corpus, pouvant être découpé par grands thèmes, j'ai choisi d'effectuer une analyse qualitative, axée sur le contenu thématique.

Selon Blanchet et Gotman (1992) :

L'analyse thématique est donc cohérente avec la mise en œuvre de modèles explicatifs de pratiques ou de représentations, et non pas de l'action. (p.98).

J'ai construit ma grille d'analyse d'entretien⁵ au regard de mes hypothèses de départ et d'un type de projet à détailler. Ensuite, j'ai déterminé les grandes thématiques à rechercher. J'ai catégorisé les éléments signifiants des entretiens (mots et phrases) et les ai consignés dans ma grille d'analyse. J'ai alors repéré les sous-thèmes auxquels les sujets accordaient une importance particulière et j'ai mis en exergue les points de convergence et de divergence entre les six entretiens. Pour chaque sous-thème, j'ai fait un retour vers le cadre conceptuel afin de mettre en perspective les résultats et les concepts et de repérer les apports nouveaux éventuels.

⁴ La retranscription intégrale des entretiens n°2 et 4 se trouve en annexe n°3

⁵ Voir annexe n°2

Pour Blanchet et Gotman (1992):

L'analyse du discours consiste à sélectionner et à extraire les données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits. Elle s'effectue sur l'ensemble des discours produits par les interviewés, retranscrits de manière littérale. (p.89)

Pour terminer, j'ai mis en relation les propos tenus et les hypothèses posées dans le but de les vérifier.

ANALYSE ET INTERPRETATION

DES RESULTATS

Avant de commencer l'analyse des résultats proprement dits concernant les liens entre l'implication des agents et l'action des cadres, j'ai souhaité m'attacher à définir, parce qu'importants à leurs yeux, le contexte dans lequel les réponses des cadres s'inscrivaient, à savoir le type de projets qu'ils avaient mentionné ou développé.

Ainsi la première question invitait les cadres interrogés à faire part des projets les plus marquants dans leurs unités. Ils ont fait état à la fois des projets institutionnels et des projets internes aux services. Lorsqu'ils ont développé plus particulièrement un projet, trois cas de figures se sont présentés comprenant un niveau d'implication différent des agents :

- **Le projet est institutionnel et ne fait pas intervenir la participation des agents :**

C'est le cas pour le cadre E qui développe le projet d'informatisation du dossier de soins patient sur son unité. Pour ce projet, l'équipe de direction a demandé au cadre de mettre en place l'outil informatique sur le service de soins de suite et de réadaptation. L'outil avait déjà été développé sur les services d'hospitalisation conventionnelle. Aucun projet interne au service n'a découlé de ce projet d'informatisation. L'équipe n'est pas présentée par ce cadre comme actrice du projet mais comme utilisatrice de l'outil finalisé, déployé dans l'unité.

Le cadre F s'exprime sur le projet pédagogique dont il a mené seul la première phase d'écriture, à savoir la phase institutionnelle. A ce stade, il n'envisageait pas d'impliquer les IDE mais de les faire participer activement à la déclinaison des valeurs et du projet de formation qui découleront de cette vision globale formalisée par lui-même.

Le cadre C aborde le projet de sécurisation du circuit du médicament qui a permis de déterminer des bonnes pratiques professionnelles. L'équipe soignante n'a pas été consultée pour concevoir ces bonnes pratiques, il leur est seulement demandé de les appliquer dans le service.

- **Le projet est institutionnel et se décline ensuite en projets interne au service ou en groupes de travail transversaux auxquels les agents participent :**

Le cadre A évoque le projet de déménagement de l'unité. Ce projet a été conçu par l'équipe de direction pour répondre aux critères de qualité et de sécurité des locaux et de prise en charge

patient définis par la HAS. Il a ensuite été présenté à l'équipe d'encadrement pour imaginer avec eux la déclinaison en projets internes auxquels les équipes participeraient, comme un groupe de réflexion sur le mobilier ou encore un groupe de travail sur le nouveau roulement à construire dans le cadre de la nouvelle organisation.

Le cadre C évoque des groupes de travail transversaux, notamment sur la démarche de raisonnement clinique. Ils ont pour vocation de permettre à des agents travaillant dans des services différents de se rencontrer pour échanger sur des sujets communs. Ces groupes ont été proposés par l'équipe d'encadrement, qui se compose de la direction des soins et des cadres de proximité, pour faire suite aux recommandations nationales autour de la qualité de la prise en charge du patient et de la bientraitance auprès des personnes âgées dépendantes. Les soignants sont inscrits dans ces groupes de travail et participent aux réflexions qui y ont lieu.

- **Le projet est interne au service et les agents participent à toutes les étapes :**

Les cadres B et D ont tous les deux traité d'un projet de changement de roulement de l'équipe soignante, dans les deux cas à l'initiative de celle-ci. Ils ont sollicité la participation active des soignants tout au long de la démarche projet. L'institution et, plus largement l'Etat, sont cités par les cadres B et D, en lien avec les projets internes développés, comme permettant au manager de poser un cadre de référence. Ils communiquent ainsi régulièrement sur les recommandations de l'anesm à propos du projet de vie du résident, ou encore sur la réglementation du temps de travail pour inscrire les projets internes dans un cadre institutionnel.

Ainsi, une distinction majeure quant à la participation des soignants semble apparaître entre les projets institutionnels et les projets internes aux services ou les groupes de travail transversaux. Au travers de ces trois situations, on distingue bien des différences de participation selon que le projet est ascendant ou descendant.

Les soignants apparaissent passifs dans les projets institutionnels. Ceux qui sont cités par les cadres s'apparenteraient aux projets de référence, définis par Boutinet (1996), qui décrivent la vision globale de l'organisation. Ils ont pour vocation d'inscrire les agents dans une culture commune, de créer du consensus.

A l'inverse, les soignants sont des acteurs directs dans les projets internes aux services et les groupes de travail transversaux. Ces projets opérationnels s'apparenteraient de leur côté le plus souvent aux projets participatifs.

Toutefois cette distinction s'estompe pour les projets institutionnels comportant une ou des déclinaisons opérationnelles. Cette dimension opératoire décrite par Boutinet (1996) permet la mise en action concrète de l'intention posée par le projet institutionnel, traduit l'implication de l'acteur et atténue la frontière entre passif et actif.

Dans le contexte posé ci-dessus, l'analyse des résultats des entretiens des cadres interrogés a pour objectif, selon le projet développé, de répondre à ma question de recherche :

« Dans sa conduite de projets, quel management le cadre de santé peut-il développer pour favoriser l'implication des soignants ? »

La première partie de mon analyse s'attachera à vérifier l'hypothèse suivante:

« Le cadre de santé peut, par son action, permettre aux soignants de donner du sens au projet et donc de s'y impliquer ».

L'objectif de la seconde partie sera de vérifier l'hypothèse selon laquelle :

« Le cadre de santé favorise l'implication des soignants dans la réalisation des projets en leur adressant des signes de reconnaissance »

9 Comment le cadre de santé peut-il, par son action, donner du sens au projet et ainsi favoriser l'implication des soignants?

Informé et favorisé les échanges collaboratifs sont présentés par les cadres de santé interrogés comme des outils majeurs leur permettant de donner du sens au projet. Véritables communicants, ils doivent déployer des qualités spécifiques. A l'issue de l'analyse de ces affirmations, il sera possible d'apprécier si le cadre, par son action, peut impliquer les soignants dans les projets.

9.1 Informer sur le projet

Lorsque le cadre de santé communique sur le projet à visée d'information, il doit avoir à l'esprit le souci de permettre à chacun, dans l'équipe, d'en comprendre les objectifs et de faire le lien avec sa pratique quotidienne.

9.1.1 Informer permet de mieux comprendre le projet

Quel que soit le projet évoqué, tous les cadres font part de la nécessité d'informer les soignants sur les objectifs du projet. Cette information délivrée doit leur permettre de mieux comprendre le projet, sa finalité. Il s'agirait ici de communiquer sur le sens en tant que direction, orientation. Les soignants ont besoin de pouvoir donner un sens au projet pour s'y engager. Le cadre, quant à lui, devrait s'assurer de la cohérence entre le sens donné par le soignant au projet, le sens que lui-même donne et le sens que l'institution ou le service donne au projet. Pour cela, il lui est possible d'avoir recours au feed-back avec les équipes.

« Si on n'est pas suffisamment explicite avant sur le projet, on peut ne pas avoir l'envie de s'inscrire. Ou s'inscrire et que ce soit décalé avec ce qu'on pensait, ou la représentation de ce qu'on en avait. » (Cadre D, 134)

Par ailleurs, nombre des cadres interrogés expliquent que faciliter la compréhension permet aussi au cadre de santé de rassurer les soignants par rapport à ces projets, aux impacts de ceux-ci sur leurs pratiques professionnelles, sur leurs conditions de travail : *« Si le projet est bien posé ça rassure déjà » (Cadre C, 302)*

L'information est aussi un moyen d'accompagner le changement. Mais comment le cadre de santé peut-il intéresser les agents à l'information elle-même ?

9.1.2 Informer permet de mettre en lumière les liens entre le projet et la pratique professionnelle

Je retiens des propos entendus à ce sujet que c'est la capacité du cadre à choisir les arguments à mettre en avant en fonction du récepteur de l'information qui est mobilisée. Il est responsable de la circulation de l'information ascendante et descendante.

La plupart des cadres interrogés considèrent que les soignants se sentent moins concernés par les projets institutionnels. Ils ont plus de mal à faire le lien avec leurs pratiques quotidiennes, ce qui représente un frein à leur engagement.

« Je ne sens pas une réelle appropriation de ce projet pédagogique, non pas de ce qu'il véhicule mais de faire le lien entre ce qu'elles font et ce projet pédagogique. »

(cadre F, 91)

Les cadres m'ont cependant fait part d'un levier existant pour introduire les projets institutionnels. Le point commun à tous ces projets est d'être en lien direct avec l'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins. De leur côté, les agents ont tous pour volonté de prodiguer au patient un soin sécurisé et de qualité. Mettre l'accent sur cette similitude permettrait aux agents de mesurer consciemment la cohérence entre le projet institutionnel et leur pratique soignante, de s'appuyer sur des points de convergence pour s'entendre sur un sens commun global à donner au projet.

Le cadre E a particulièrement mis l'accent sur cette thématique, lorsqu'il a développé pendant l'entretien la mise en œuvre d'un projet institutionnel axé sur le déploiement d'un outil que tous les agents sont dans l'obligation d'utiliser au quotidien. Il a alors choisi de présenter le projet sous l'angle de la qualité et de la sécurité des soins afin de faciliter l'adhésion au projet de la part des soignants.

« J'ai tout de suite centré le projet sur la qualité et la sécurité des soins. Sécuriser le circuit médicament » (50)

Sur ce point, une différence importante apparaît entre les projets internes aux services et les projets institutionnels : il semble beaucoup plus facile pour les cadres de faire percevoir aux soignants l'intérêt de s'inscrire sur un projet interne au service car le lien avec leur pratique professionnelle est implicite. Comme le soulève Thévenet (2007), si le soignant ne perçoit pas la cohérence entre le projet institutionnel présent

é et son activité propre, il lui sera plus difficile de s'impliquer.

Les propos tenus par les cadres laissent à penser qu'il n'est pas suffisant pour les soignants d'avoir une vision claire des objectifs du projet pour s'y inscrire. Il importe qu'ils puissent aussi percevoir les bénéfices qu'ils pourront tirer du projet, en particulier dans leur pratique professionnelle quotidienne. Le soignant agirait donc en lien avec son attachement à son activité de care, ce qui est présenté comme une source d'implication. Ce constat fait aussi écho aux propos de Crozier (1977) sur le pouvoir de l'acteur dans l'organisation : l'acteur décide de se mettre en mouvement au regard des opportunités dont il pourra se saisir s'il s'investit dans le projet.

9.1.3 Informer permet de partager des valeurs

Pour les projets institutionnels, les cadres expliquent se situer à l'interface des soignants et de la direction : ils représentent l'institution aux yeux des agents et ils font remonter la parole des

soignants auprès de la direction. Les besoins et les intérêts de la direction et des soignants seraient donc repérés par les uns et les autres grâce aux informations délivrées par le cadre de santé. Les cadres peuvent inscrire le projet dans le cadre de référence des valeurs globales de l'institution. Ils permettraient ainsi aux soignants de rattacher le projet aux valeurs de l'institution, ce qui est présenté par Thévenet comme une cause d'implication.

« Ce que pense l'institution, c'est un peu loin des professionnels. Je pense qu'il faut une représentation. Et, bon voilà, le cadre est à même de porter cette représentation »
(Cadre C, 184)

« "Je leur rappelle les bénéfices, le but premier du projet : la sécurité du patient, de la prise en charge, la continuité du parcours patient. Elles sont sensibilisées à ça, c'est leur quotidien et nous sommes tous là au final pour le patient » (Cadre E, 90)

L'information permet de rassurer les soignants quant au respect des valeurs véhiculées par leur activité.

« La direction prend des décisions au regard d'un contexte économique et moi je dois porter ces décisions, ces projets. Je dois faire preuve de pédagogie mais je dois aussi faire remonter leurs craintes, leurs peurs » (Cadre A, 122)

Enfin, les propos du cadre D mettent en évidence qu'il faut faire preuve de cohérence et de persévérance. Ce sont des conditions nécessaires à l'implication.

« En tout cas, moi je les réinscris toujours dans cette dimension-là. C'est un message que je passe. Je fais le lien » (Cadre D, 269)

Si l'information est présentée par les cadres interrogés comme un élément primordial pour donner du sens au projet, les échanges collaboratifs le sont aussi.

9.2 Développer les échanges collaboratifs

La communication ne doit pas être à sens unique. Le cadre a la possibilité d'instaurer des espaces de réflexion avec soignants de façon à leur permettre de collaborer dans la perspective de s'entendre sur le sens des mots pour poser ensuite un sens et des valeurs communes.

9.2.1 Mettre en place des espaces de réflexion

Si le projet laisse une marge de liberté d'action, les cadres construisent souvent des espaces de relations qui mobilisent et favorisent la dynamique d'équipe. J'ai pu noter que l'appréciation du caractère plus ou moins contraint de la mise en œuvre du projet dépendait aussi de l'appréciation que peut en faire le cadre, comme le cadre F qui a considéré qu'il n'était pas opportun d'associer ses collaborateurs lors de la réflexion sur la vision globale du projet institutionnel dont il avait la charge.

Si tous les cadres mettent en avant la nécessité de proposer ces espaces de réflexion, les avis divergent sur les modalités d'organisation à poser.

Tous les cadres interrogés mettent en place des espaces dédiés aux échanges collaboratifs dans le cadre des projets internes aux services. Ils en proposent aussi pour les projets institutionnels lorsqu'ils ne sont pas trop directifs, à savoir lorsque les contours du projet sont bien définis mais qu'il reste une possibilité de proposer des ajustements par rapport aux spécificités du service.

Sans ces espaces de créativité, les propos tenus par les cadres laissent penser qu'engager les soignants n'a pas d'intérêt pour eux et que cette absence d'implication n'impacte pas la réussite du projet.

«Les obligations du circuit médicament, ça marche à terme. Et puis il y a des réels changements et améliorations ... Et ça marche d'autant plus qu'on ne demande quasiment pas l'avis aux professionnels... En termes d'implication » (Cadre C, 146)

Il serait ici question de l'espace de liberté indispensable à l'acteur dans le projet. L'implication est étroitement liée à la liberté d'action, à la possibilité pour l'acteur d'exprimer sa créativité. Si aucun espace de liberté n'est perçu dans le projet, cela freine considérablement l'implication.

«Si c'est l'inconnu, il me semble que c'est difficile d'y aller. Mais si c'est trop ficelé on n'a pas envie d'y aller.» (Cadre D, 140)

Les espaces privilégiés par les cadres interrogés sont les réunions internes au service, soignantes ou pluri professionnelles. Des groupes de travail peuvent aussi se constituer, avec une inscription volontaire des participants. Les cadres considèrent que cette modalité d'inscription favorise l'investissement des participants parce qu'ils ont un intérêt pour le sujet traité.

« Elles se sont inscrites sur des sujets qui leur tenaient à cœur, sur lesquels elles se sentaient sensibilisées alors c'est plus facile » (Cadre E, 138).

9.2.2 Organiser les espaces de réflexion :

Si tous les cadres interrogés se rejoignent sur la nécessité de mettre en place des espaces de réflexion, il existe des divergences de points de vue quant à leur organisation : plurielle (pluridisciplinaire et/ou pluri sites) ou non et en présence ou non des cadres.

✓ Une réflexion plurielle ?

Le cadre D souligne l'intérêt de travailler en groupe pluri professionnel pour enrichir les échanges de points de vue.

"Ça permet d'échanger sur des thématiques autres. Tiens j'ai appris ça, je ne m'étais pas posé cette question. Ça génère des relations interpersonnelles différentes et interprofessionnelles." (Cadre D, 238)

A l'inverse, pour le cadre C, les groupes pluri professionnels ou les groupes dont les soignants sont issus de plusieurs structures de soins sont moins productifs car la parole est moins libre.

« Après, un bénéfice c'est que le professionnel se retrouve dans un milieu de travail entre pairs, du même métier ou quasiment, entre soignants. S'il y a une multitude de métiers, avec en plus un ordre hiérarchique, ça peut être complexe voire impossible de s'exprimer. Comme lorsqu'il y a plusieurs sites où les professionnels découvrent l'autre, l'inconnu." (Cadre C, 306)

L'attachement du soignant à son cœur de métier et le sentiment d'appartenance à un groupe professionnel sont décrits par Thévenet comme deux causes d'implication. Si elles peuvent permettre l'implication dans un contexte donné, elles peuvent aussi représenter un frein, comme le soulignent les propos du cadre C.

La présence du cadre à ces instances pose aussi question.

✓ Une réflexion en présence de cadres ?

La présence du cadre de santé est considérée par le cadre C comme indispensable pour faire avancer les réflexions.

« Sans la présence, la participation active du cadre de santé, je ne vois pas de groupe de travail être opérationnel » (101)

Alors que le cadre A donne un exemple où son absence a permis aux soignants d'avancer sur un projet de manière plus impliquée. Le cadre A suppose que les soignants craignent que le sens soit imposé par le cadre.

«Parce que ça a été productif, ça a été plus impliquant pour eux. Et puis ils ont certainement pu se parler sans moi. Euh... Ils ont peut-être eu peur que je les emmène à un endroit où ils ne voulaient pas aller » (174)

Il apparaît ici que le cadre peut être perçu de manière très diverse par l'équipe. Sa présence peut être indispensable aux échanges collaboratifs ou, à l'inverse, un frein.

9.2.3 Favoriser les échanges collaboratifs pour s'assurer de significations communes

Des propos entendus ressort l'importance de développer, pour le cadre, des qualités d'écoute afin de repérer tous les écarts de langage qui peuvent aboutir à du non-sens, à des divergences importantes liées à des défauts de compréhension.

Le cadre F explique la nécessité de s'entendre sur la sémantique des mots pour éviter les écarts de compréhension et ne pas risquer d'utiliser un langage commun qui véhicule des significations différentes pour les membres du groupe.

«On a repris ce mot de performance car on ne mettait pas les mêmes choses dessus, le même sens. Elles voyaient la performance en termes de rentabilité. Moi je comprends ce mot en termes d'amélioration, de qualité de vie au travail. » (229)

Le cadre B aborde, lui aussi, cette question du sens propre à chacun.

« Y revenir et être là pour expliquer, on comprend tous avec nos filtres » (156).

L'individu reconstruit le sens des propos selon sa vision du réel, vision subjective propre à chacun.

Le cadre devrait donc rechercher, aux travers des échanges, des observations et des explications, à parvenir à une reconstruction commune. Pour cela, il doit faire preuve de capacités d'écoute et de traducteur.

9.2.4 Favoriser les échanges collaboratifs pour s'appuyer sur un sens et des valeurs communes

Les cadres expliquent que les échanges collaboratifs permettent aux équipes de s'extraire de leur quotidien de travail pour réinterroger le sens du soin, leurs valeurs ou encore leur posture professionnelle, en s'appuyant sur la démarche projet. Les échanges collaboratifs permettent l'appropriation qui pourra favoriser ensuite l'implication.

« Il faut aussi s'y retrouver dans certaines valeurs. Certains professionnels se nourrissent des mieux de travail. Ce sont ces temps-là extraits du quotidien qui peuvent permettre de se retrouver dans des valeurs ou des idées qu'ils ont eux aussi » (Cadre C, 284)

Il s'agirait ici d'utiliser le projet pour mobiliser les individus en créant, à partir de leurs valeurs communes, de nouveaux repères pour réfléchir collectivement à un sens commun sur une thématique choisie.

Ces échanges sont aussi un moyen d'autorégulation des soignants, entre eux, sur le sens des actions posées :

« Si on ne va pas tous dans le même sens, si on n'est pas tous dans une culture lieu de vie, certains vont les accompagner comme s'ils étaient à l'hôpital. Si le collectif est dans ce sens-là, celui qui dévie est bien obligé de suivre » (Cadre D, 317).

Le cadre E, pour faciliter la mise en place de l'outil informatique sur le SSR, a pu s'appuyer sur les échanges des soignants entre eux et sur les besoins auxquels répondait cet outil. Même si les agents n'ont pas été directement acteurs du projet, les échanges collaboratifs ont permis de mettre en exergue les intérêts de l'outil, pour eux, et d'éviter un mouvement de résistance à son utilisation.

« Alors actrices je ne sais pas mais en tout cas je n'ai pas eu de résistance. De la peur oui, mais pas de résistance. En fait, j'ai eu de la chance, j'avais dans l'équipe des filles qui ont travaillé avant dans les unités du CH. Alors elles étaient dans l'attente que ça arrive enfin ici. Elles en ont parlé aux autres pour leur dire que c'était super, qu'il y aurait moins d'erreurs de médicaments avec » (25)

Il apparaît clairement que le cadre de santé doit savoir repérer les personnes ressources qui pourront l'aider à promouvoir le projet. Il utiliserait alors l'influence des pairs.

Moscovici (1991) décrit ces processus d'influence que peut exercer chacun sur le groupe s'il fait preuve de persuasion dans sa communication.

Enfin, le cadre F explique que la construction solitaire de la première étape du projet pédagogique (la vision globale de l'IFAS) n'a pas permis aux formatrices de s'approprier le projet. Il exprime sa volonté d'en poursuivre la construction avec elles, en proposant des réunions régulières, en présence de toute l'équipe, et en travaillant sur des thématiques qui font lien avec leurs pratiques professionnelles et pourront permettre de poser un socle commun de valeurs et un sens commun.

« Mais si elles y trouvent du sens et de la cohérence, elles seront capables de mesurer ce décalage. Formaliser les valeurs c'est rappeler ce à quoi elles tiennent. Elles peuvent ne pas être toujours en phase mais trouver quelles sont leurs priorités communes en termes de valeurs. » (149).

Le cadre F fait ensuite un lien direct entre l'appropriation puis l'implication des formatrices et le sens qu'elles donnent au projet pédagogique.

« Moi je souhaite vraiment que ce projet leur appartienne. Lui donner du sens, pour leur donner de l'implication, de la motivation. C'est leur projet autant que le mien » (261)

Bernoux (2015) explique que l'individu s'approprie son travail en le redéfinissant selon son référentiel propre de valeurs et qu'ensuite il pourra s'impliquer dans son travail.

Au travers de ces premiers éléments d'analyse, il a été mis en avant l'importance des efforts que les cadres de santé doivent mobiliser pour favoriser l'implication des soignants. Ils doivent cependant démontrer d'autres compétences et qualités, notamment de communicant, dans leur relation avec leurs équipes.

9.3 Déployer ses qualités de communicant à l'égard de l'équipe

Lors de l'interview, les cadres de santé ont fait part de certaines compétences relationnelles auxquelles ils accordent une importance particulière pour communiquer avec l'équipe à visée d'information et d'échanges constructeurs de sens. L'analyse a montré que le cadre de santé doit maîtriser les techniques de communication, d'argumentation afin de pouvoir s'adapter aux

équipes et aux agents. Dans ce sens, les cadres ont insisté sur la pédagogie dont devait être empreinte leur communication.

9.3.1 Communiquer avec pédagogie

Plusieurs canaux de communication sont appliqués pour transmettre l'information et s'assurer de la manière dont elle est reçue. Ils utilisent à la fois l'information écrite et orale et demandent aux agents de leur faire un retour sur ce qu'ils ont compris du projet, afin de reprendre les informations données si nécessaire.

« Mais après il faut développer des stratégies pour informer, le support écrit est nécessaire mais pas seulement. » (Cadre B, 153)

Ceci amène à penser que tous les cadres interrogés se décrivent comme des traducteurs, en particulier lorsqu'il s'agit de projets institutionnels. Je fais le lien avec les propos de Thévenet (2007) au sujet de l'importance de l'intention portée à l'émetteur de l'information par le récepteur et des conséquences sur l'implication du récepteur. Le cadre C fait directement le lien entre la discordance de valeurs qu'il peut ressentir avec l'institution ; ce qui sera ressenti par l'équipe et aura un impact sur l'implication des soignants.

« C'est plus compliqué quand moi-même effectivement je me sens en confrontation, en opposition avec les valeurs de l'institution, d'autant plus dans les structures médico-sociales qui dépendent de structures sanitaires. Voilà, c'est comment... Donc je pense aussi comment ces distorsions doivent transparaître dans ce que je porte ou pas. Il y a un lien sur l'implication des professionnels » (Cadre C, 194)

Ils expliquent mettre en avant leurs compétences de pédagogues, adapter leurs argumentaires, afin de rendre lisibles pour tous les objectifs du projet et de mettre en exergue les liens entre ces objectifs et leurs pratiques professionnelles. Selon eux, les soignants pourront alors décider de s'impliquer. Allard-Poési, professeur des universités, (2005) décrit ainsi le rôle de « *leader stratégique* » du responsable de projet lorsqu'il communique la vision du projet dans l'objectif de la rendre attractive pour tous les membres de l'équipe.

« Implication rime avec bon argumentaire. Il faut donner un sens à un projet. » (Cadre A, 350).

« En revanche pour les projets à venir, euh... moi je pars du principe qu'il faut expliquer. Euh... pour impliquer » (Cadre B, 128)

S'ils ont d'abord souligné faire preuve de pédagogie pour informer, ils ont aussi mis en exergue leurs qualités d'animation de groupe.

9.3.2 Accompagner une équipe pour favoriser la communication interpersonnelle.

Les qualités « *d'écoute* », de « *négociation* », de « *créativité* », les outils de « *communication formelle et informelle* », le rôle de « *fédérateur* » ou la capacité à « *impulser* » sont mises en avant par les cadres comme leur permettant de favoriser les échanges collaboratifs, la dynamique d'équipe. Il m'est apparu dans l'analyse que toutes ces qualités et compétences leur permettent d'accompagner l'équipe dans la recherche de sens et de reconnaître chacun de ses membres. Allard-Poési (2005) définit alors le rôle du responsable de projet comme celui d'un « *manager facilitateur* ».

Ces compétences mises en avant par les cadres interrogés rentrent toutes dans le champ de la communication. Les points développés plus haut ont aussi mis l'accent sur la communication et les qualités qu'elle devait revêtir pour garantir son efficacité, comme la cohérence et l'adaptabilité. Nous allons maintenant vérifier si ces compétences mobilisées permettent de favoriser l'implication des soignants.

9.4 Informer et favoriser les échanges collaboratifs peuvent-ils favoriser l'implication des soignants dans les projets ?

Il est ressorti de l'analyse autour de la première hypothèse que l'information du cadre de santé permettait d'abord de motiver chacun à s'inscrire dans le projet. Les échanges collaboratifs permettent ensuite de transformer cette motivation individuelle en implication collective.

9.4.1 Informer sur le sens et les objectifs du projet suscite la motivation du soignant à s'engager dans le projet

L'analyse et l'interprétation des résultats montrent l'attention portée par les cadres à l'information qu'ils délivrent à l'équipe à propos du projet. L'enjeu repéré de l'information est de donner du sens, à savoir permettre au soignant de comprendre, de juger des intérêts et des valeurs portées par le projet, du rôle qu'il peut y jouer. Elle doit aussi permettre de s'assurer de la signification identique posée par tous les protagonistes.

L'intérêt individuel perçu est décrit comme le premier préalable indispensable à l'engagement. Il semble qu'il n'est pas encore question d'implication mais plutôt de motivation. Il s'agit de permettre au soignant de faire le premier pas vers le projet, de s'y inscrire. Pour ce faire, les cadres ont montré l'importance pour le soignant de repérer le gain potentiel, pour sa pratique professionnelle notamment. De nombreuses théories sur la motivation montrent que l'individu est motivé par un projet si celui-ci lui permet de satisfaire ses besoins. Lévy-Leboyer (2008) met ainsi en avant le besoin de réalisation personnelle comme un des principaux ressorts de la motivation, avec la reconnaissance des compétences. Chiffre et Teboul (1988), quant à eux, soulignent l'intérêt pour l'entreprise de développer une « véritable politique et pratique de l'information » (p.29), « des objectifs clairs, peu nombreux et ambitieux » (p.29) si elle veut renforcer la motivation de ses salariés.

Assurer un soin de qualité et sécurisé est l'objectif commun à tous les projets institutionnels des structures de soins et à tous les projets internes aux services. Mettre en avant les liens entre le projet et le soin apparaît le moyen privilégié pour le cadre de santé de recentrer le projet, aux yeux des soignants, dans leur cœur de métier : le prendre soin. Le projet s'inscrit alors dans la pratique professionnelle, il a pour objectif d'améliorer les pratiques ou les conditions de travail. L'objectif ainsi formulé apparaît comme un facteur d'implication : il fait référence à la valeur accordée au travail et à l'activité en elle-même.

Ce travail de recherche montre donc que le cadre de santé, en informant les soignants sous cet angle, favorise leur implication dans le projet.

9.4.2 Favoriser les échanges collaboratifs à la recherche de sens et d'objectifs communs suscite l'implication des soignants

L'environnement de travail est aussi un facteur d'implication et les échanges collaboratifs sont le signe d'une dynamique d'équipe constructive, signe d'un environnement de travail favorable. Lorsque les cadres soulignent le besoin des soignants de rattacher le projet à leurs pratiques professionnelles et de partager leurs expériences entre pairs, je fais le lien avec la question de l'attachement à leur métier de soignants. Par ailleurs, ils soulignent la construction de valeurs communes lors des échanges collaboratifs, facteur contributif d'un collectif. La concordance entre les valeurs du projet et celles des soignants favorisent aussi leur implication.

Lorsque le cadre de santé, pour conduire des projets, anime des réunions soignantes ou pluri professionnelles, des groupes de travail, il sollicite la participation active des soignants. Il utilise

alors un mode de management participatif et se met en situation d'écoute, de régulation de groupe. Il encourage la liberté de parole, la réflexivité des soignants. Tous ces éléments contribuent à la réflexion de l'équipe sur les objectifs du projet et sur les actions possibles pour répondre à ces objectifs. Comme l'explique Baranski (2014), la réflexion est implicite. Par son mode de management participatif, le cadre crée les conditions nécessaires à l'implication des soignants dans une réflexion d'équipe à propos du projet.

Dans le cadre de cette analyse, j'ai pu démontrer que :

- La qualité de l'information délivrée par le cadre de santé permet l'inscription des soignants dans le projet, source d'implication.
- Le mode de management participatif utilisé par le cadre de santé favorise les échanges collaboratifs, dans l'objectif de construire un sens commun autour du projet, ce qui permet l'implication.

Cette démonstration valide l'hypothèse suivante, dans le cadre de ma recherche :

<p style="text-align: center;">Le cadre de santé peut, par son action, permettre aux soignants de donner du sens au projet et donc de s'y impliquer.</p>

Si l'analyse a fait apparaître la nécessité de donner du sens au projet pour y impliquer les agents, les cadres ont aussi fait part de l'attention portée aux signes de reconnaissance à accorder aux soignants. La seconde partie de l'analyse va donc chercher à apprécier si cette reconnaissance est un facteur d'implication des soignants dans le projet.

10 La reconnaissance des soignants par le cadre de santé, dans la réalisation des projets : un facteur d'implication ?

L'analyse et l'interprétation réalisée des résultats fait d'abord ressortir l'importance du rôle des acteurs, des soignants notamment, dans le processus de décision relatif à la mise en œuvre des projets. C'est pourquoi je me suis attachée, dans un premier temps, à étudier si la participation des soignants au processus de décision avait un impact sur leur implication. Quoiqu'il en soit, les cadres sont attentifs à donner des signes de reconnaissance aux agents, ce que j'aborde dans

une deuxième partie. Je détaille ensuite les compétences et qualités dont les cadres disent devoir faire preuve pour donner de la valeur à ces signes de reconnaissance aux yeux des soignants. Je termine l'analyse en vérifiant si la reconnaissance des soignants a un impact sur leur implication dans le projet.

10.1 La participation des soignants dans les processus de décisions liés aux projets.

L'implication des soignants serait-elle liée à la reconnaissance induite par leur participation, ou non, aux processus décisionnels attachés au projet lui-même, à la fois lors de sa conception et/ou de sa réalisation ? Les espaces de décisions se situent à différentes étapes de la démarche projet : en amont pour ce qui est du choix du projet à mener, et en aval pour ce qui est de la phase opérationnelle. Le processus de décision peut mobiliser plusieurs acteurs, mais la participation des soignants reste finalement du choix du cadre. Il ressort de l'analyse des entretiens des freins à leur collaboration, ce qui laisse ouverte la question de leur participation.

10.1.1 Les étapes du process de décision

L'aspect décisionnel est présent tout au long de la vie d'un projet : de sa conception à sa phase opérationnelle.

✓ Décider du projet à mener

Pour choisir les projets à mener, une différence importante apparaît selon que le projet est interne au service ou institutionnel. Plusieurs cadres mentionnent des projets internes au service qui ont vu le jour suite à une proposition de soignants. Le choix de les mener incombe alors souvent à l'équipe. Le cadre valide cette proposition en accord avec sa hiérarchie et parfois les médecins.

Le cadre, en validant les propositions des soignants, reconnaîtrait-il un pouvoir de décision au soignant ? Je me demande si cela peut faciliter l'appropriation du projet par le soignant, et par la suite son implication.

Quant aux projets institutionnels, ils ont la plupart du temps un caractère obligatoire, en lien avec la législation en rapport à la qualité et la sécurité des soins. Des projets internes aux services ou transversaux en découlent parfois. C'est ici la direction, voire l'Etat, qui décide des projets à mener. Les cadres ont alors la responsabilité de les mettre en œuvre au sein de leurs

unités. Ici, les soignants ne participent pas à la conception du projet lui-même. Leur implication dans la phase opérationnelle en dépend-elle ?

- ✓ Décider de l'opérationnalité du projet.

Pour les projets internes aux services, tous les cadres font part de l'intérêt qu'ils perçoivent à faire réfléchir ensemble les soignants. Ils sont alors acteurs dans la démarche projet, peuvent faire des propositions et laisser s'exprimer leur créativité. Cependant, s'il apparaît que tous les cadres choisissent d'accompagner l'équipe sur un mode de management participatif, tous ne vont pas jusqu'à laisser la main à l'équipe pour prendre les décisions. Reprennent-ils alors un mode de management directif ou cela veut-il dire que le management participatif s'adresse aux échanges collaboratifs uniquement et que la décision reste de la responsabilité unique du cadre ? Le soignant aurait alors un pouvoir d'action et non un pouvoir de décision.

10.1.2 L'implication des soignants au process de décision : un choix du cadre.

Les raisons invoquées par les cadres pour choisir, ou non, de faire participer les soignants jusqu'à la prise de décision sont multiples.

Pour le projet participatif que le cadre B a développé, elle estime ainsi que son équipe est rassurée par sa capacité, en tant que cadre, à se positionner, à assumer la décision finale. Elle explique alterner entre management « *participatif* » et « *directif* », fait mention d'un mode de « *management situationnel* ».

« En revanche, c'est le positionnement dans la prise de décision, la manière dont on peut arbitrer... que la reconnaissance se fait aussi par les personnes dont on s'occupe, qu'on encadre en tout cas. Et voilà, moi je pense qu'elles ont vu rapidement que j'étais quelqu'un de positionnée, à l'écoute et qui sait prendre aussi des décisions. » (114)

Le cadre D explique qu'elle peut aller jusqu'à la délégation de la décision au groupe sur certains sujets et garder la main sur d'autres.

« ... ça a toujours été soumis à leur approbation : est-ce que vous êtes d'accord ? Alors on a le droit de ne pas être d'accord mais, du coup, on le défend. Et après ça a été à la majorité du groupe » (Cadre D, 75)

« Je ne fais pas que du management participatif, parfois c'est moi qui décide et ce n'est pas autrement et c'est comme ça. Mais pas sur tout, en fonction des thématiques, je

pense que c'est important de mobiliser les professionnels sur des projets comme celui-là » (Cadre D, 112)

Je déduis des propos du cadre D l'intérêt que peut avoir cette délégation en termes d'adhésion et d'engagement. Il s'agirait cette fois-ci pour le cadre de responsabiliser les soignants pour favoriser leur implication. Cependant, elle limite cette possibilité aux actions qui n'ont pas de conséquences délétères possibles pour l'organisation. Elle donne l'exemple du choix de la couleur du mobilier de salle-à-manger. Thévenet décrit la délégation comme un outil à disposition du cadre pour reconnaître l'autonomie de l'individu. Selon lui, le délégateur « *conserve toujours la délégation finale de ce qu'il a délégué.* » (2014, p.17). Cela peut expliquer les propos des cadres qui n'envisagent de déléguer la décision qu'au regard du degré de responsabilité engagée par la décision prise et ses conséquences possibles.

Le cadre C se montre très partagé autour de cette question du partage de la décision. Il explique que l'équipe peut retirer un grand bénéfice à avoir le sentiment d'avoir décidé, d'avoir permis un changement important. Ce bénéfice ressenti peut permettre une plus grande implication.

« D'autant plus que mon pré-choix il n'a pas été retenu, c'est le leur qui a été choisi.

[...] en termes d'implication et de participation, il y a tout le bénéfice » (237)

10.1.3 Les freins à la participation des soignants au process de décision.

Le cadre C pointe aussi les craintes que peuvent ressentir les équipes face à la responsabilité qui leur incombe lorsqu'ils sont décisionnaires. Il ne leur est alors plus possible de se retrancher derrière un autre responsable si le projet entraîne des mécontentements.

« Je précise pendant toute l'avancée des travaux que, qu'on prend une décision, il faut qu'ils assument la responsabilité de cette décision auprès de leurs collègues » (313)

Le cadre F, quant à lui, parle de délégation « totale » parfois, tout en conservant, paradoxalement, la responsabilité de la validation finale selon ce qui lui semble le plus adapté.

« Je leur ai dit que ma délégation allait jusqu'au bout, je ne fais que valider. « Vous me proposez des choses et moi je valide avec vous ce qui me semble effectivement le mieux pour l'élève. » » (244)

Le cadre C, lui, déclare utiliser un mode de management directif lorsqu'il doit conduire des projets institutionnels à caractère « obligatoire ». Il explique ce choix par le manque d'intérêt qu'il perçoit à impliquer des agents pour réfléchir sur ce type de projet, sachant que les objectifs

et les moyens posés ont un caractère obligatoire. Il donne l'exemple de la sécurisation du circuit du médicament ou de la démarche de certification.

« Je ne trouve pas d'intérêt à impliquer faussement des personnes parce que, de toute façon il faut le faire » (219)

Il explique par ailleurs avoir fait le constat que l'obligation de mise en œuvre est efficace à elle seule pour obtenir l'atteinte des objectifs par les agents.

« C'est le bénéfice aussi des projets obligatoires et réglementaires : pour l'équipe c'est comme ça. Et en fin de compte, en inadéquation avec mes idées, ça marche plutôt bien. » (343)

10.1.4 L'intérêt de la participation des soignants au process de décision : une question qui reste ouverte ?

Les soignants contribuent donc parfois à la prise de décision, que ce soit pour choisir le type de projet à mener ou pour décider d'actions concrètes dans le cadre d'une démarche projet. Ce sont les cadres de santé qui déterminent les espaces où le pouvoir de décision du soignant, dans le projet, peut s'exercer. Permettre aux agents d'être acteur de la décision est-il une source de reconnaissance ? Les concepts développés mettent en avant le pouvoir d'agir des acteurs comme un facteur de reconnaissance et d'implication. Je me demande s'il est important, pour favoriser l'implication, de les responsabiliser jusqu'à la prise de décision. Les propos des cadres interrogés questionnent car j'entends que pour certains soignants aller jusqu'à décider semblerait vécu comme positivement alors que, pour d'autres, cela pourrait être un frein à leur engagement.

D'autres propos, notamment du cadre C, m'amènent à questionner l'impact de la composition de l'équipe sur ce constat en rapport à la décision. La grande majorité de l'équipe du cadre C se compose d'AS et d'ASHQ. La crainte de devoir assumer la décision serait-elle vécue de la même manière si les individus concernés étaient des IDE, voire des IDE spécialisés ? Ces derniers sont amenés à prendre des décisions, notamment des décisions en urgence lorsque l'état d'un patient se dégrade. Je m'interroge alors sur le fait de savoir s'ils auraient les mêmes craintes que les AS et ASHQ dans le contexte de mise en œuvre d'un projet. Pour eux, un espace de décision serait-il vécu comme une source de reconnaissance et donc comme un facteur d'une plus grande implication ?

En conclusion, ces divergences de points de vue ne me permettent pas d'affirmer que la délégation de décisions soit vécue comme une reconnaissance par les soignants.

Les cadres restent convaincus cependant du besoin de témoigner, selon les circonstances, de la reconnaissance aux soignants.

10.2 Les signes de reconnaissance aux soignants dans le cadre de la conduite de projet.

Des signes de reconnaissance sont apparus dans le discours de tous les cadres interrogés. Ils s'adressent à l'individu lui-même ou à l'individu en tant que professionnel.

10.2.1 Les signes de reconnaissance existentielle

Tous les cadres interrogés s'attachent à montrer des signes de reconnaissance existentielle aux soignants autour de la démarche projet.

Cette attention est plus marquée par certains cadres que par d'autres. Par exemple, le cadre D insiste à de multiples reprises sur l'attention qu'elle porte à l'individu.

Les propos tenus font ressortir plusieurs spécificités.

D'une part le constat, par le cadre de santé, qu'il lui est indispensable de reconnaître les motivations de chacun et d'en tenir compte dans ses propositions d'actions. Le cadre devrait donc développer ses qualités humaines, comme celle d'acceptation de soi et des autres décrites par Thévenet et celle d'adaptabilité.

"Il y a des motivations qui sont différentes en fonction des personnes." (Cadre B, 29)

"Un gain et plutôt un gain individuel. Les gains collectifs, la notion de collectif ne suffit pas. " (Cadre C, 280).

D'autre part l'intérêt que le cadre de santé doit porter à chaque individu en tant qu'être humain, avant même de le reconnaître en tant que soignant. Il peut faire part de cette reconnaissance aux personnes investies dans des projets et favoriser alors un maintien de l'implication. Ainsi, le cadre D, à propos de la diffusion des comptes-rendus de réunions remis à chacun indique :

"Mais ce n'est pas un affichage à tous : ils ont un exemplaire chacun. Ça leur est destiné en tant que personne. Je pense que c'est important que je les considère en tant que

personne. Je trouve que c'est important que ce soit à leur nom. Ils sont une personne au sein d'un collectif." (289).

Par ailleurs, tous les cadres insistent sur la nécessité de reconnaître la singularité de l'individu.

« Comme on a des avis différents, la singularité de chacun, la pensée de chacun est respectée. On va créer quelque chose." (Cadre A, 231)

Pour cela, il apparaît nécessaire de disposer de compétences en matière d'animation et de régulation de la parole.

"On leur donne quand même la parole, ce qui fait qu'elles se sentent peut-être un peu plus reconnues ou [silence] que leur avis en tout cas est plus pris en compte. Et je pense que, euh... du coup elles adhèrent plus au projet" (Cadre B, 51)

Enfin, il doit aussi se montrer attentif et respectueux envers chacun. Il me semble retrouver dans les propos du cadre B les notions d'exemplarité et de réciprocité.

« ... Vous savez on est un modèle quand on est un cadre. Si moi j'arrive et que je ne dis pas bonjour, après il ne faut pas que je demande à ce que les autres soient respectueux » (Cadre B, 112)

Je fais le lien avec Thévenet qui cite la réciprocité comme une des conditions de l'implication.

Ainsi, la reconnaissance de l'individu est présentée par plusieurs cadres comme un préalable nécessaire à la réflexion de groupe et à l'implication des soignants dans cette réflexion.

«Faire en sorte que chacun se respecte et accepte l'autre dans sa différence. A partir de là, ça pouvait mettre les gens au travail ensemble » (Cadre A, 258)

A deux reprises, le cadre D explique sa volonté de reconnaître l'individu dans sa singularité mais aussi de le resituer dans un collectif. Ses propos résonnent avec ceux de Thévenet (2007) qui explique que, si l'implication première est personnelle, elle doit prendre par la suite une dimension collective afin de pérenniser l'engagement de tous dans un projet commun.

A l'inverse la non reconnaissance existentielle est un frein à l'implication. Les cadres A, E et F font apparaître le sentiment de manque de reconnaissance des soignants lié à leur position dans l'institution ou à des décisions prises, comme la taille jugée trop petite d'une salle de pause. L'environnement de travail est un élément souligné par Thévenet (2007) comme une des causes de l'implication. Un environnement de travail vécu comme difficile par les individus ne favoriserait pas leur implication. Ce serait d'autant plus le cas des projets institutionnels

proposés par la direction, qui peut être considérée par les soignants comme responsable de leurs conditions de travail difficiles.

"Se sentir au bout du bout du bout de tout l'hôpital, c'est ce que vit l'équipe encore aujourd'hui. Un sentiment de « on est tout seul au bout, on ne fait rien pour nous ». Ça a été difficile ça" (Cadre E, 179)

S'il importe de reconnaître l'individu, ses compétences professionnelles doivent l'être aussi.

10.2.2 Les signes de reconnaissance de la pratique des soignants

La reconnaissance de la pratique des soignants revêt plusieurs facettes. Cela passe par la reconnaissance de leurs compétences propres, par celle des pairs, de la qualité du travail fourni et des difficultés rencontrées, ainsi que par les résultats obtenus.

10.2.2.1 La reconnaissance de leurs compétences professionnelles

Tous les cadres interrogés reconnaissent des expertises spécifiques à certains de leurs agents et sont attentifs à les valoriser. Pour eux, le cadre n'a pas toujours la connaissance et doit s'appuyer sur l'expertise des soignants pour faire avancer les réflexions. Cet appui n'est possible que par l'engagement actif des soignants identifiés comme experts. Ils mettent en avant l'intérêt de faire appel aux soignants en fonction de leurs références spécifiques, lorsqu'ils en ont.

"J'utilise ces ressources anciennes aussi. C'est une... elles ont un savoir, c'est le savoir de l'expérience. Il y un équilibrage qui se fait. Tout le monde est sollicité mais en fonction des compétences que maintenant j'ai identifiées, bien sûr." (Cadre B, 93)

"Je peux animer les échanges, coordonner mais je ne peux pas avoir leur connaissance, chacun son métier et c'est important de leur dire " (Cadre E, 123)

Au-delà de l'expertise propre à certains individus, les cadres s'appuient aussi sur la force de proposition du soignant comme professionnel et sa capacité d'innovation pour faire avancer les projets. Ces propos sous-entendent que ces soignants sont impliqués dans les projets.

"Les animateurs ont proposé des supports, mais qui restaient volontairement assez flous pour laisser part à la créativité des professionnels" (Cadre C, 115)

"Apprendre avec l'autre et oser ou s'autoriser à. Parce qu'on leur offre l'espace du possible. Validé ou pas, on discute." (Cadre D, 218)

Pour le cadre A, l'entretien professionnel annuel est un moment particulièrement utile pour s'appuyer sur les compétences de l'agent en échangeant avec lui sur ses attentes, ses propositions, ainsi que sur les projets dans lesquels il souhaite s'engager.

10.2.2.2 La reconnaissance des soignants par leurs pairs

Les soignants accordent de l'importance au regard de leurs pairs. Ce besoin de reconnaissance est lié à l'attachement des soignants à leur métier, le soin. Reconnaissance et attachement sont des éléments de l'implication.

"L'expertise de l'ergothérapeute elle est reconnue de tous dans le groupe » (Cadre D, 95)

Ce besoin de reconnaissance par les pairs pourrait s'expliquer, comme le dit Boiteau (2013), par l'invisibilité du travail de care, principalement effectué dans les services par les AS.

L'exemple cité par le cadre E interroge. Il relève que les AS disent peu utiliser l'outil informatique car les IDE ne leur laissent pas les ordinateurs à disposition ; les AS n'apparaissent pas impliqués vis-à-vis de l'outil. Serait-ce le manque de reconnaissance, manifestée par les IDE, de la nécessité pour les AS d'effectuer des transmissions sur leurs actions réalisées auprès du patient qui expliquerait ce manque d'investissement ?

Le cadre C met en évidence que la reconnaissance par les pairs suppose en préalable la reconnaissance par soi-même. Il l'explique au regard des difficultés qu'il perçoit chez certains soignants à communiquer sur leur pratique afin qu'elle soit reconnue. Cette difficulté à mettre en avant le travail accompli par le professionnel lui-même peut même représenter un frein à s'engager plus avant dans un projet. Je fais le lien ici avec le concept développé par Bernoux (2015) de la reconnaissance par soi et par les autres. Pour ces AS cités par le cadre C, la reconnaissance par soi ne semble pas effective. Je suppose aussi que le soignant craint le jugement porté par ses pairs sur la qualité de son travail. Le cadre C explique ce constat par le fait que les soignants n'ont pas tous développé de compétences en communication.

"Ils font des allers-retours et sont le porte-parole. Ce qui est une des vraies limites, des vraies difficultés pour des professionnels qui ne sont pas habitués à ce rôle de communicants et porteurs de projets." (53).

10.2.2.3 La reconnaissance de la qualité du travail fourni

Les cadres E et F expliquent que leurs équipes sont très sensibles à la reconnaissance, par leurs supérieurs hiérarchiques, de ce que j'associe à la qualité et à l'utilité du travail. Les propos du cadre F montrent que cette reconnaissance est indispensable aux membres de son équipe. Ses propos me laissent penser qu'elles ont besoin que la qualité de leur travail soit reconnue, dans le sens de la reconnaissance de la pratique dont parlent Brun (et al., 2002). Je peux supposer qu'elles attendent que les ajustements pratiqués, à l'instar de ceux dont parle Bernoux (2015), sur les fiches pédagogiques par chacune d'elles soient aussi reconnus.

"C'est comme quand elles me montrent leurs fiches pédagogiques : elles ont besoin d'être rassurées sur leur prestation, sur leur manière d'être avec les élèves. Elles ont besoin de m'entendre les reconnaître" (Cadre F, 79)

Le cadre F fait un lien direct entre ces marques de reconnaissance de la qualité et de l'utilité de leur travail et la motivation et dynamique d'équipe des formatrices.

"J'ai toujours des retours hyper positifs des élèves sur les formatrices et le contenu de formation. Je leur fais pourtant ce retour, parce que je crois que c'est source de motivation, d'aide, d'entraide, d'intelligence collective" (266)

La motivation, la reconnaissance et la dynamique d'équipe sont décrites par de nombreux auteurs comme des facteurs favorisant l'implication.

La reconnaissance de la qualité du travail fourni n'est cependant pas toujours évidente et peut nécessiter de l'ouverture d'esprit de la part du cadre. Ainsi, le cadre A, quant à lui, explique que l'implication qu'il perçoit des soignants n'est pas toujours telle qu'il attendait : *«Elle n'a pas été toujours comme je le voulais»* (158)

J'associe ces propos à ceux de Thévenet (2007) sur le décalage existant parfois entre l'implication idéale attendue par les cadres et celle réellement mise en œuvre par les individus.

10.2.2.4 La reconnaissance des résultats du travail effectué

Deux cadres seulement abordent, et encore succinctement, la reconnaissance des résultats du travail effectué.

"L'objectif c'est que ce soit une réussite et que ça donne une image positive donc qui lui sera bénéfique" (Cadre D, 248)

La reconnaissance des résultats, dans la littérature, est encore souvent associée à la rémunération offerte par l'employeur selon les résultats obtenus. Parmi les cadres interrogés, quatre ne disposent que de très peu de leviers financiers pour reconnaître les résultats de leurs agents car ils exercent dans la fonction publique hospitalière. A l'inverse, Le cadre F, directeur d'un établissement privé, en dispose et l'utilise dans une dynamique collective.

"Je leur ai dit qu'on avait fait des bénéfices l'année dernière et qu'on allait en profiter pour améliorer les locaux" (Cadre F, 50)

Cependant, la démarche projet comprend différentes phases qui vont de la conception à l'évaluation. L'évaluation du projet doit être prévue en amont, le plus souvent à l'aide d'indicateurs. Communiquer sur les résultats de ces indicateurs m'apparaît comme un moyen de reconnaître les résultats des soignants qui y ont participé.

Ainsi, le cadre D peut mettre en avant des soignants suite à la réussite d'un projet, en restant attentif à ne pas leur accorder pour autant de statut particulier de façon pérenne. Un des dangers décrits par Brun (et al., 2002) de la reconnaissance des résultats est effectivement qu'elle soit ressentie par le reste du groupe comme un manque d'équité de la part du cadre envers eux.

«C'est intéressant de ce point de vue-là, de pouvoir les mettre en avant. Sans les mettre en avant sur un piédestal mais chacun dans sa dimension » (Cadre D, 249)

Le cadre B insiste, quant à lui, sur la nécessité de faire vivre les résultats du projet dans le temps pour pérenniser l'implication et susciter leur engagement sur des projets futurs.

10.2.2.5 La reconnaissance des difficultés des soignants en lien avec leur pratique professionnelle

Pour certains cadres, le projet est aussi un moyen de reconnaître les difficultés inhérentes à la pratique professionnelle des soignants.

"Je suis attentive à écouter leurs difficultés, à entendre que leur travail est pénible, fatigant" (Cadre E, 144)

Cela permet également de rechercher des solutions, notamment dans le cadre de projets liés à l'amélioration des conditions de travail.

«Contribuer à la facilité du déplacement du mobilier par les résidents mais aussi les professionnels, donc prévention des TMS [troubles musculosquelettiques]. » (Cadre D, 87)

Cependant, il apparaît que pour reconnaître il faut être reconnu. Cela pose la question de la légitimité.

10.3 La légitimité du cadre à reconnaître.

Hormis celle des pairs, la reconnaissance est le plus souvent exprimée par le cadre de proximité. Mais celle-ci n'aura de valeur que si le cadre concerné est légitime à l'accorder. L'analyse des résultats met en évidence la nécessité pour le cadre d'être fiable, de rester proche de son équipe et de faire preuve de positionnement.

10.3.1 Etre fiable pour s'assurer la confiance des soignants

Les cadres interrogés ont mis l'accent sur la nécessité d'« être fidèle », « authentique », de « tenir ses engagements ».

Cette fiabilité garantirait la cohérence, perçue par les soignants, entre les intentions et les actions du cadre de santé. La confiance pourrait alors s'installer. La cohérence est définie par Thévenet (2007) comme une des conditions de l'implication. Elle est aussi citée comme une qualité nécessaire au cadre lorsqu'il souhaite montrer sa reconnaissance.

Le cadre E se questionne sur la pérennité de la légitimité si les projets proposés ne sont finalement pas menés à terme et, donc, si le cadre de santé n'a pas pu tenir ses engagements.

10.3.2 Rester proche de son équipe

Un des cadres insiste sur sa « proximité » avec l'équipe comme un élément essentiel de son management. L'intérêt de la proximité est soulevé dans le cadre conceptuel à la fois pour donner du sens, faire preuve de reconnaissance et favoriser l'implication.

Cette proximité permet au cadre d'être attentif aux signes de reconnaissance auquel chacun est sensible afin d'adapter au mieux sa communication autour de la reconnaissance.

10.3.3 Faire preuve de positionnement

Les cadres ont enfin abordé l'importance que revêt pour eux leur capacité de se « *positionner* », de « *rester ferme* ». Ils associent cette capacité à la « *légitimité* » accordée par l'équipe et à la « *crédibilité* » du cadre aux yeux des soignants.

Toutes ces qualités et compétences mobilisées par les cadres confèrent de la légitimité et de la valeur à la reconnaissance accordée.

La seconde hypothèse, à ce stade de l'analyse est-elle validée ?

10.4 La reconnaissance des soignants permet-elle de favoriser leur implication dans les projets ?

L'analyse et l'interprétation des résultats autour des questions de la reconnaissance ont démontré que le cadre utilise le projet pour reconnaître à la fois les soignants eux-mêmes, en tant qu'individus tous singuliers, et le travail, sa qualité et son utilité. La reconnaissance de la personne et du travail sont décrits par Thévenet (2007) et Bernoux (2015) comme des facteurs d'implication.

Cette deuxième partie d'analyse valide donc ma seconde hypothèse :

<p style="text-align: center;">Le cadre de santé favorise l'implication des soignants dans la réalisation des projets en leur adressant des signes de reconnaissance.</p>
--

La seconde hypothèse posée ne se vérifie toutefois qu'à la condition que le comportement du cadre de santé donne du sens et de la valeur aux signaux de reconnaissance émis. La reconnaissance accordée par le cadre sera effectivement reçue par les soignants et aura un impact positif sur leur implication future dans les projets. Ces compétences et qualités assurent la pérennité de l'implication des soignants.

BIAIS ET LIMITES DE LA RECHERCHE

Non spécialiste par définition, j'ai conduit l'exercice avec la meilleure volonté à l'aide des enseignements reçus. Toutefois, au moment de l'écriture du rapport final, des limites me sont apparues et j'ai conscience d'avoir pu prendre des libertés avec la méthode, sans que cela remette en cause totalement les résultats étudiés. Les limites repérées concernent principalement l'échantillon choisi, le guide, la conduite d'entretien et l'analyse effectuée.

J'ai recueilli les caractéristiques du projet que les cadres de santé mettaient en avant pour expliquer l'implication des soignants. Il aurait été intéressant de croiser les propos des cadres interrogés avec les soignants de leurs équipes, afin de voir si les points de vue des cadres correspondaient aux regards des soignants sur leur propre implication dans les projets. Au vu de la multiplicité des entretiens à réaliser (un seul entretien d'agent par cadre n'aurait pas été représentatif) et du temps imparti pour effectuer ce travail de recherche, j'ai décidé d'interroger uniquement des cadres de santé.

Mes hypothèses ne se vérifiant que pour l'échantillon utilisé, je ne peux affirmer si elles le seraient sur un échantillon de population significatif. Il en va de même pour les différences repérées entre projet de référence et projet participatif. Enfin, si j'avais choisi une typologie d'unités de soins spécifiques, d'autres similitudes ou différences auraient pu apparaître.

L'entretien semi-directif nécessite une élaboration des questions par le chercheur au fil des réponses faites par l'interviewé. La qualité de l'entretien dépend des compétences du chercheur pour le mener. N'étant pas habituée à mener ce type d'entretien, j'ai conscience de ne pas avoir toujours formulé mes questions convenablement, ce qui a pu entraîner un défaut de compréhension. J'ai, par ailleurs, pu faire des erreurs de compréhension des propos tenus par les personnes interrogées. Une plus grande expérience dans l'art de questionner m'aurait sans nul doute permis de récupérer un matériel plus vaste. Suivant les entretiens, j'ai utilisé mon guide dans un ordre différent, ce qui a peut-être induit un cheminement de pensée différent de la part des personnes interrogées.

Trois des cadres interrogés sur les six sont responsables d'unités de psychiatrie ou d'EHPAD, au sein desquels le projet personnalisé patient ou résident est un outil de soin fréquemment utilisé. Je supposais donc qu'ils allaient aborder ce type de projet au cours de l'entretien ; ce qui ne fut jamais le cas. La première question posée mettait en lien le projet et l'unité. Cela explique-t-il que les projets cités se rapprochent davantage de l'organisation que du patient ? J'ai aussi orienté délibérément un des entretiens sur un projet spécifique, car j'en avais repéré l'intérêt lors de mon stage et des entretiens réalisés précédemment. Si j'avais laissé au cadre le choix du projet à aborder, ce n'est peut-être pas celui qu'il aurait choisi. J'ai donc induit l'objet de l'entretien.

Concernant l'analyse, il me semble avoir pu faire des erreurs dans l'extraction et l'exploitation des données.

Par ailleurs, au sujet des verbatim des personnes interrogées, je les ai associés aux thématiques analysées. Pour ce faire, j'ai réalisé ces associations avec ma subjectivité d'apprenti chercheur. Je ne peux donc leur donner de valeur scientifique. J'ai parfois éprouvé des difficultés à classer les propos des cadres selon les quatre formes de reconnaissance décrites par Brun (& al, 2002). La distinction entre la reconnaissance de la pratique, des efforts et des résultats n'était pas toujours aisée.

A l'analyse des entretiens, La formulation de ma dernière question, volontairement ouverte, ne m'a pas permis de cibler toutes les qualités et les compétences identifiées par les cadres interviewés leur permettant d'impliquer les professionnels.

Enfin, j'ai repéré la thématique de la délégation et de la décision au moment de l'analyse et je n'ai pas eu le temps de rechercher suffisamment de documentation sur ces sujets pour dépasser le stade des suppositions.

CONCLUSION

Pour les établissements de santé, garantir l'application de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est la priorité. Dans cet objectif, impliquer les soignants dans les projets internes aux services et les projets institutionnels est une préoccupation continue des structures sanitaires.

Faisant fonction de cadre de santé, j'ai constaté la difficulté pour les aides-soignants d'investir les espaces de réflexion sur le projet de soin du patient ou sur l'amélioration des pratiques professionnelles. Un travail d'initiation à la recherche est demandé lors de la formation de cadre de santé et de la première année de master spécialisé en ingénieries et technologies pour l'éducation et la formation (ITEF). J'ai saisi cette opportunité pour m'interroger, au travers du choix de mon sujet d'études, sur les raisons de ces comportements observés. L'objectif était de repérer les éléments qui pourraient permettre au cadre de santé de favoriser l'implication des aides-soignants dans les différents projets menés dans les services de soins.

Mes premières lectures sur les concepts de projet et d'implication mettent en évidence la nécessité pour les soignants de donner du sens au projet pour s'y engager, et pour s'y impliquer d'être reconnu par les pairs et la hiérarchie.

De plus, les cadres interrogés lors de la phase exploratoire ont confirmé que la démarche projet était omniprésente dans les services. Le projet est présent à deux niveaux : au niveau institutionnel et au niveau interne au service. Les premiers s'inscrivent le plus souvent dans une politique nationale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, les seconds voient souvent le jour pour répondre à l'amélioration des pratiques professionnelles, des organisations et des conditions de travail.

Quant à l'implication, les cadres interrogés ont confirmé le lien pressenti avec le sens et la reconnaissance.

Dès lors, j'ai pu affiner mon questionnement et construire le cadre conceptuel de cette recherche. Il m'est tout d'abord apparu que la question de l'implication dans les projets se posait quels que soient les professionnels de santé. J'ai donc élargi mon questionnement à l'implication des soignants. Il m'a semblé ensuite important de m'attacher à repérer, autour de cette thématique de l'implication, quel était plus particulièrement le rôle du cadre. Ce choix

avait pour objectif de poursuivre la construction de ma nouvelle posture professionnelle de cadre de santé, entamée avec mon expérience de FFCDS puis mon entrée à l'IFCS.

J'ai ainsi pu formuler ma question de recherche :

« Dans sa conduite de projets, quel management le cadre de santé peut-il développer pour favoriser l'implication des soignants ? »

M'inscrivant dans une démarche hypothético-déductive, j'ai posé deux hypothèses qui devaient me permettre de répondre à cette question, en m'appuyant sur l'interprétation des résultats de l'analyse thématique, réalisée à partir des entretiens menés auprès de six cadres de santé. Le but était de mettre en évidence les outils que le cadre de santé peut mobiliser pour mettre en place les conditions nécessaires à l'implication des soignants.

L'étude des phénomènes liés à l'implication entre dans le cadre des sciences humaines et sociales. Si ma recherche s'inscrit dans le cadre du projet, elle ne s'intéresse cependant pas à la conduite de projet dans sa globalité, mais au management du personnel impliqué dans le projet.

Pour mieux comprendre les facteurs de l'implication, et répondre à mon questionnement de recherche, j'ai décidé de mener des entretiens auprès de cadres de santé. Ils devaient me permettre de repérer si donner du sens au projet et témoigner de la reconnaissance aux soignants faisaient partie de leurs points d'attention dans le cadre de la démarche projet. Ils devaient aussi m'aider à repérer les compétences et les qualités qu'ils mobilisaient pour le faire. J'ai mis en relation les résultats de l'analyse et le cadre conceptuel construit pour vérifier mes hypothèses.

Les cadres de santé interrogés ont évoqué à la fois des projets institutionnels et des projets internes aux services. Certains s'apparentaient à des projets de référence et d'autres à des projets participatifs. La participation des soignants est apparue plus importante dans les projets qui avaient un caractère opératoire prégnant.

A l'analyse des projets particuliers développés, la question du sens donné au projet est rapidement apparue. Le premier moyen mis en avant par les cadres de santé pour que les soignants puissent donner du sens au projet est l'information. Son objectif est de rendre lisibles, pour tous les acteurs, la signification et la direction définies par les commanditaires du projet. Une des conditions mises en avant par les cadres pour que l'information porte ses fruits est la

manière dont ils exposent le projet. Ils expliquent devoir faire preuve de pédagogie, notamment pour présenter le projet sous un angle qui montre sa cohérence avec la pratique professionnelle. Si le lien est apparent pour les soignants, ceux-ci seront alors motivés pour s'engager.

Par ailleurs, les cadres de santé ont expliqué qu'ils mettent en place des espaces de réflexion d'équipe qui créent une dynamique constructive et permettent de construire un sens commun du projet, en lien avec leur cœur de métier : le soin. La dynamique d'équipe est définie comme un facteur d'implication dans le projet, notamment par Boutinet (1996) et Vilatte (2006). Les réflexions d'équipe favorisent l'appropriation du projet par les soignants et créent des espaces de liberté. Il est également apparu que le pouvoir d'agir des soignants est un facteur d'implication. Ils doivent pouvoir mobiliser leurs capacités créatrices dans la démarche projet pour pérenniser leur implication. Thévenet (2007) démontre l'importance de la liberté de l'acteur sur le degré d'implication de celui-ci.

Dans la transmission des informations et la mise en place d'échanges, le cadre de santé déploie ses aptitudes de communicant.

Si le sens donné au projet permet aux soignants de percevoir la cohérence entre le projet et leur pratique professionnelle, il permet également aux soignants de se l'approprier. L'appropriation et la cohérence étant définies comme des conditions de l'implication par Thévenet (2007), J'ai pu établir que le cadre de santé, par la qualité de l'information diffusée et par les échanges collaboratifs proposés, favorise l'implication des soignants. Pour engager les soignants dans cette démarche de réflexion, l'analyse des entretiens met en évidence que les cadres de santé interrogés utilisent un mode de management principalement participatif.

Les concepts de projet et d'implication mettent aussi en avant la corrélation entre la reconnaissance accordée à chaque individu et son implication dans le projet. L'analyse des résultats s'attachait ensuite à identifier les signes de reconnaissance délivrés par le cadre aux soignants.

J'ai pu étudier les différents types de reconnaissance dont font preuve les cadres de santé à l'égard des soignants. La reconnaissance peut prendre plusieurs formes, elle peut s'adresser à l'individu dans sa qualité d'être humain ou dans sa qualité de professionnel. Les cadres, dans leur pratique, témoignent qu'ils accordent de l'importance à l'individu, mais aussi à la façon dont est réalisé le travail. Ils sont encore attentifs à reconnaître les efforts fournis, la qualité du travail, ainsi que les résultats. Certains ont aussi expliqué reconnaître la pénibilité du travail des soignants et construire des projets ayant pour visée l'amélioration des conditions de travail afin

de tenter d'en atténuer la pénibilité. Ces méthodes favorisent le sentiment de réciprocité que peut ressentir le soignant. La réciprocité de l'engagement entre l'institution et l'individu est la troisième condition de l'implication décrite par Thévenet (2007).

Pour Honneth (2010), l'image de soi que se construit l'individu dépend de l'image que lui renvoient les autres. Le cadre de santé participe donc à la construction de l'image de soi des agents dont il est responsable au niveau du service. En permettant que des échanges collaboratifs puissent avoir lieu dans les services, le cadre favorise aussi la reconnaissance des soignants par leurs pairs. Ce sont alors tous les membres de l'équipe qui participent à la construction de l'image de soi, des uns et des autres. Dans la théorie développée par Bernoux (2015), il insiste sur l'importance pour le soignant de reconnaître lui-même son travail pour s'impliquer. La reconnaissance passe aussi par lui-même, ce qui a pu apparaître comme un frein lors des entretiens.

Il s'avère que le cadre de santé adapte le type de reconnaissance à employer en fonction des besoins et des attentes de la personne à qui il souhaite l'adresser.

Il ressort de la deuxième partie de mon analyse que tous les interviewés reconnaissent, à l'occasion de la réalisation des projets, les soignants dans leurs qualités d'êtres humains et de professionnels. La réciprocité qui s'instaure alors entre les soignants et le cadre à la faveur du projet permet leur implication. Ceci valide ma seconde hypothèse.

La question de la participation des soignants aux processus de décision m'est apparue au cours de l'analyse des résultats. Si la participation des soignants dépend du choix du cadre, la question de l'intérêt, quant à l'implication, reste ouverte.

Tous les concepts étudiés permettent de mettre en avant le rôle du cadre de santé et les compétences relationnelles qu'il doit mobiliser dans la conduite de projet. Par le mode de management que le cadre de santé va choisir, il va instaurer des relations différentes avec les soignants. Brun (2008) insiste sur les qualités qui permettent de montrer sa reconnaissance, comme la sincérité, la proximité et la cohérence. Le mode de management participatif semble le meilleur moyen de permettre aux soignants d'échanger ensemble pour parvenir à des décisions qui font consensus. Les cadres m'ont fait part des compétences et qualités relationnelles employées, importantes à leurs yeux pour parvenir à cette fin.

Je peux ainsi présenter les conclusions de mon travail d'initiation à la recherche en reliant les résultats et l'approche conceptuelle et, de la sorte, affirmer que :

Dans la conduite de projets, le cadre de santé s'appuie sur ses compétences et ses qualités relationnelles pour créer les conditions favorables à l'implication des soignants.

Au-delà des conclusions propres à ce mémoire, les travaux entrepris m'ont permis d'acquérir des connaissances très utiles pour ma future prise de poste, de porter un regard différent sur ma situation de départ et d'envisager de nouvelles pistes de réflexion.

Mener cette recherche m'a permis de développer de nouvelles connaissances autour du management relationnel dans le domaine de la conduite de projet. Il m'apparaît que nombre de ces connaissances sont transférables, quel que soit la nature des postes que je serai amenée à occuper. Je trouverai à mettre en pratique ces nouveaux savoirs, savoirs faire et savoirs être lors de ma prise de fonction en qualité de cadre de santé. Je pourrai alors combiner les connaissances acquises à l'IFCS sur la méthodologie de la démarche projet avec celles construites lors de l'élaboration de ce mémoire.

Ce travail de recherche m'aide aussi à prendre de la distance et à poser un nouveau regard sur la situation problème présentée au début de ce travail. Les réflexions menées les premiers mois m'ont amenée à élargir mon questionnement de départ aux soignants en général, et non plus seulement aux AS. La conclusion de ce travail m'amène à revenir vers les AS.

Les découvertes majeures dans le champ de la santé concernent souvent le CURE, les soins curatifs, et non le CARE, les soins liés aux soins d'entretien et de maintien de la vie. Les soins de cure sont réservés aux médecins et aux IDE, tandis que les soins de care sont délégués aux AS par les IDE. Arborio (2001) explique que le travail de care se caractérise par son invisibilité, en particulier lorsqu'il est bien réalisé. Arborio explique aussi que les AS souffrent beaucoup du manque de reconnaissance du care par le corps médical et les IDE. Les AS du service où j'exerçais en qualité de FFCDS voyaient-elles leur travail de care suffisamment reconnu pour s'investir plus avant dans les projets du service ? Je serai dorénavant plus attentive à mettre en lumière tous les aspects des soins réalisés dans le service, dans l'objectif que chacun puisse se sentir reconnu comme acteur d'une prise en charge de qualité du patient.

De son côté, Thévenet (2007) parle de la difficulté pour les cadres à percevoir l'implication là où elle se trouve et non pas là où ils la cherchent. Je me demande aujourd'hui si je n'ai pas simplement cherché l'implication, telle que je la définissais pour moi-même, chez les AS du

service, au lieu de chercher à comprendre de quelle manière elles s'impliquaient dans le service, notamment auprès des patients. En réalisant ce mémoire, j'ai pris conscience de la responsabilité du cadre vis-à-vis de l'implication, de ses limites aussi. En effet le cadre, s'il ne peut imposer à l'équipe de s'impliquer, est responsable des conditions de travail et des relations interpersonnelles qui favorisent l'implication.

Ce travail met aussi en lumière les qualités de communicant que je devrai être amenée à développer afin de réaliser mes missions.

Je retiens ainsi qu'il est impératif de communiquer à l'attention de l'émetteur. Cela nécessite de se demander à quel type de message l'individu est réceptif afin d'adapter son mode de communication. J'ai pu, ici, faire le lien avec le concept de management adaptatif, qui tient compte du profil de chaque collaborateur. Les intentions du cadre ne suffisent pas si elles ne correspondent pas aux attentes de l'individu ou à celles de l'institution. Pour ce qui est de la reconnaissance, je devrai m'assurer que le type envisagé correspond bien aux attendus de l'agent à qui elle est destinée. De même, si le cadre attend une implication particulière de la part des soignants, il devra être attentif à délivrer un message cohérent pour expliquer ce besoin d'implication. Le cadre doit ainsi être ouvert aux besoins des soignants, tout comme les soignants doivent pouvoir être conscients des besoins de l'organisation vis-à-vis de leur travail. Le cadre de santé est responsable de permettre cette prise de conscience.

J'ai mesuré l'importance d'être à l'écoute des soignants pour délivrer le bon message, pour repérer les signes d'implication là où ils sont et non pas là où le cadre les attend. Ce travail de recherche met aussi en avant le rôle d'interface du cadre de santé et les efforts qu'il doit faire pour relier constamment soignants et institution. Le management situationnel m'apparaît comme le mode de management à privilégier pour concilier les attentes des agents et celles de l'institution. Je serai attentive à garder à l'esprit les valeurs et les besoins de l'organisation et à les rappeler à l'équipe pour qu'elles fassent sens et rejoignent leurs propres valeurs.

Si ce travail m'a permis de renforcer les acquis qui découlent des enseignements à l'IFCS, il fait aussi apparaître de nouvelles pistes de réflexion.

L'analyse des propos tenus par les cadres a soulevé la question de la délégation et de la prise de décision. Les cadres voient leur charge de travail augmenter depuis plusieurs années et un des remèdes proposés est la délégation. Il me semble important de réfléchir à cette piste. Quelles

sont les missions, les activités qui peuvent être déléguées ? Jusqu'où va la délégation ? Délégation et charge de travail ? A qui revient la responsabilité des décisions prises par le délégataire ? Le cadre de santé prend-il la décision finale ou entérine-t-il seulement la décision prise par un ou des membres de l'équipe ? Quelle reconnaissance envisager ? Autant de questions non exhaustives auxquelles il me faudra tenter de répondre avant de proposer de déléguer des activités aux soignants dans le service où je serai affectée.

Je me pose aussi la question du lien entre obligation et implication : est-il possible, intéressant, d'impliquer des soignants dans une démarche projet à caractère obligatoire ? L'implication est-elle systématiquement liée à l'espace de liberté de créer ou peut-elle se trouver dans la manière d'agir ? S'impliquer dans des modalités d'évaluation peut-il être un moyen de contourner l'absence de liberté dans la mise en œuvre pour s'impliquer dans la réalisation conjointe de l'évaluation ?

Pour terminer, je garderai de ce travail d'initiation à la recherche, la conscience de la nécessité de prendre le temps de bien appréhender les différentes dimensions d'une problématique, comme le contexte et les enjeux pour les acteurs. Mieux comprendre me permettra de donner du sens à la situation pour ensuite chercher, en collaborant avec les acteurs concernés, la solution la plus pertinente. Ce mémoire a donc renforcé une posture réflexive apprise lorsque j'étais infirmière.

Pour répondre à mes questionnements, je m'appuierai sur l'expérience de mes pairs, mais aussi sur la littérature : les ouvrages et les articles parus dans les revues professionnelles. Il est important de valoriser les recherches menées dans un cadre professionnel car elles font avancer les pratiques. Ecrire n'est pas un exercice aisé pour moi, l'écriture de ce mémoire me l'a confirmé. Pour autant, je comprends mieux aujourd'hui l'enjeu de publier des articles professionnels afin de valoriser les pratiques professionnelles et de favoriser les échanges réflexifs des cadres de santé.

TITRE DES REFERENCES

SUPPORTS PAPIERS

MONOGRAPHIE :

Albarello, L. (2003). *Apprendre à chercher : l'acteur social et la recherche scientifique*. (2^e Ed). Bruxelles : De Boeck Université

Arborio, A. M. (2001). *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris : Economica.

Augustinova, M., Oberlé, D. (2013). *Psychologie sociale du groupe de travail : réfléchir, travailler et décider en groupe*. Bruxelles : De Boeck.

Autissier, D., Wacheux, F. (2006). *Manager par le sens, les clés de l'implication*. Paris : Eyrolles.

Bellenger L., Couchaere, M.J. (2000). *Les techniques de questionnement : savoir poser les bonnes questions*. Issy-Les-Moulineaux : ESF éditeur.

Bernoux, P. (2015). *Mieux-être au travail : appropriation et reconnaissance*. Toulouse : Octarès Editions.

Blanchet A., Gotman A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Nathan.

Boutinet, J. P. (1990/1996). *Anthropologie du projet*. Paris : Presses Universitaires de France.

Chiffre J.D., Teboul J. (1988). *La motivation et ses nouveaux outils : des clés pour dynamiser une équipe*. Paris : Les éditions ESF.

Crozier M., Friedberg E. (1977). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective*. Paris : Seuil.

Fenouillet F. (2012). *La motivation*. (2^{ème} ed.) Paris : Dunod

Hesbeen W. (2002). *La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante* (2^{ème} ed.). Paris : Masson.

Hesbeen W. (2011). *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin : penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Honneth A. (1992/2010). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Les Editions du CERF.
Traduit par Rusch, P.

Moscovici, S. (1976/1991). *Psychologie des minorités actives*. (3^{ème} ed.). Paris : Presses Universitaires de France. Traduit par Rivière A.

Mucchielli, R. (2011). *Le travail en équipe : les clés pour une meilleure efficacité collective*. Paris : ESF.

Nuttin, J. (1980/2000). *Théorie de la motivation humaine*. (5^{ème} ed.). Paris : Presses Universitaires de France.

Thévenet, M. (2000/2007). *Le plaisir de travailler : favoriser l'implication des personnes*. (2^{ème} ed.). Paris : Editions d'Organisation.

Thévenet, M. (2014). *Les 100 mots du management*. Paris : Presses Universitaires de France.

ARTICLES

Autissier D. (2008). Des salariés en quête de sens. *Les grands dossiers des sciences humaines*, 12, p.60-63.

Benlahouès D. (2013). Qui sont les aides-soignants aujourd'hui ? *L'aide-soignante*, (148), 10-12.

Brun, J.P. (2008). La reconnaissance au travail. *Les grands dossiers des sciences humaines*, 12, p.64-65.

Honoré B. (2009). Le cheminement du sens du soin. *Perspective soignante*, (35), p.23-37.

Lévy-Leboyer C. (2008). Les vrais ressorts de la motivation. *Les grands dossiers de sciences humaines*, 12, p.50-51.

Popielski, J.F. (2013). Donner ou redonner du sens au travail. *Soins cadres*, (87), p. 15-43.

SEMINAIRES :

Vilatte, J.C. (2006). Le projet ? Séminaires-rencontres des médiateurs en Midi-Pyrénées. Communication présentée au séminaire Rodez.

DICTIONNAIRES

Gioan, P. (dir.). (1963). *Dictionnaire usuel* Quillet Flammarion. Paris : Quillet-Flammarion.

SUPPORTS ELECTRONIQUES

MONOGRAPHIE :

Morin, E. (1999). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*. Paris : Seuil. Disponible sur URL : <http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001177/117740fo.pdf>

THESES :

Garreau, L. (2009). *L'apport du concept de sens à l'étude du fonctionnement des équipes projet : Etudes de cas de développement de centres commerciaux chez Immochan*. (Thèse). Université Paris Dauphine. Disponible sur URL : <https://basepub.dauphine.fr/bitstream/handle/123456789/4385/these%20lionel%20garreau.pdf?sequence=1>

ARTICLES

Allard-Poesi, F., Perret V. (2005). *Rôles et conflits du responsable projet*. *Revue française de gestion* (n°154). p.193-209. Disponible sur URL : <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2005-1-page-193.htm>

Brun, J.P., Dugas, N. & Tison. M. (2002). *La reconnaissance au travail une pratique riche de sens : document de sensibilisation.* Disponible sur URL : http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/reconn-trav_02.pdf

SITES INTERNET :

Site de l'anesm :

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reperes_reco_projet_etablissement_anesm.pdf,
consulté le 18/12/2015.

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/reco_projet_etablissement_service_anesm.pdf, consulté
le 7/01/16

http://www.anesm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Anesm_synthese-attentespersonneetlepp.pdf,
consulté le 20/01/2016

Site de la Haute autorité de la santé :

<http://www.has-sante.fr/portail/> , consulté le 14/11/2015.

site de Légifrance :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000215460&categorieLien=id> , consulté le 17/01/16.

Site de CAIRN

<http://www.cairn.info/>

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE.....	10
INTRODUCTION.....	11
CADRE CONCEPTUEL	21
1 Le projet	21
1.1 Le projet de référence	22
1.2 Le projet participatif.....	23
2 L'implication.....	25
2.1 Les valeurs du travail comme facettes de l'implication.....	25
2.2 Une implication à degré variable	26
2.3 Les conditions de l'implication des agents	27
2.3.1 La cohérence :.....	27
2.3.2 La réciprocité :.....	28
2.3.3 L'appropriation :.....	29
3 Le sens.....	30
3.1 La perte de sens et le non-sens.....	31
3.2 La recherche de sens, une nouvelle attente du salarié.....	32
3.3 Vers un sens commun du soin	32
4 La reconnaissance au travail.....	34
4.1 La reconnaissance existentielle.....	35
4.2 La reconnaissance des résultats.....	35
4.3 La reconnaissance de la pratique	35
4.4 La reconnaissance de l'investissement	36
4.5 La reconnaissance par soi et par les autres	36
5 Les pratiques managériales	37
5.1 Les pratiques de reconnaissance au travail	37
5.2 Le management relationnel.....	38
5.3 Le management situationnel ou adaptatif	38
5.4 Le management participatif	39

METHODOLOGIE	41
6 Choix de la population :	41
7 Les outils :	42
7.1 L'entretien semi-directif	42
7.2 Le guide d'entretien	43
7.3 La conduite d'entretien	43
8 Le choix de la méthode d'analyse	44
ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS	46
9 Comment le cadre de santé peut-il, par son action, donner du sens au projet et ainsi favoriser l'implication des soignants?	48
9.1 Informer sur le projet	48
9.1.1 Informer permet de mieux comprendre le projet	49
9.1.2 Informer permet de mettre en lumière les liens entre le projet et la pratique professionnelle	49
9.1.3 Informer permet de partager des valeurs	50
9.2 Développer les échanges collaboratifs	51
9.2.1 Mettre en place des espaces de réflexion	52
9.2.2 Organiser les espaces de réflexion :	53
9.2.3 Favoriser les échanges collaboratifs pour s'assurer de significations communes	54
9.2.4 Favoriser les échanges collaboratifs pour s'appuyer sur un sens et des valeurs communes	55
9.3 Déployer ses qualités de communiquant à l'égard de l'équipe	56
9.3.1 Communiquer avec pédagogie	57
9.3.2 Accompagner une équipe pour favoriser la communication interpersonnelle.	58
9.4 Informer et favoriser les échanges collaboratifs peuvent-ils favoriser l'implication des soignants dans les projets ?	58
9.4.1 Informer sur le sens et les objectifs du projet suscite la motivation du soignant à s'engager dans le projet	58

9.4.2	Favoriser les échanges collaboratifs à la recherche de sens et d'objectifs communs suscite l'implication des soignants	59
10	La reconnaissance des soignants par le cadre de santé, dans la réalisation des projets : un facteur d'implication ?.....	60
10.1	La participation des soignants dans les processus de décisions liés aux projets.	61
10.1.1	Les étapes du process de décision.....	61
10.1.2	L'implication des soignants au process de décision : un choix du cadre....	62
10.1.3	Les freins à la participation des soignants au process de décision.....	63
10.1.4	L'intérêt de la participation des soignants au process de décision : une question qui reste ouverte ?.....	64
10.2	Les signes de reconnaissance aux soignants dans le cadre de la conduite de projet.	65
10.2.1	Les signes de reconnaissance existentielle.....	65
10.2.2	Les signes de reconnaissance de la pratique des soignants.....	67
10.2.2.1	La reconnaissance de leurs compétences professionnelles.....	67
10.2.2.2	La reconnaissance des soignants par leurs pairs.....	68
10.2.2.3	La reconnaissance de la qualité du travail fourni	69
10.2.2.4	La reconnaissance des résultats du travail effectué	69
10.2.2.5	La reconnaissance des difficultés des soignants en lien avec leur pratique professionnelle	70
10.3	La légitimité du cadre à reconnaître.....	71
10.3.1	Etre fiable pour s'assurer la confiance des soignants	71
10.3.2	Rester proche de son équipe.....	71
10.3.3	Faire preuve de positionnement	72
10.4	La reconnaissance des soignants permet-elle de favoriser leur implication dans les projets ?.....	72
	BIAIS ET LIMITES DE LA RECHERCHE	73
	CONCLUSION	75
	TITRE DES REFERENCES	82
	TABLE DES MATIERES	86

Mémoire

Le management du cadre de santé : Un levier d'implication des professionnels dans les projets ?

Résumé

Auteur : Sandrine DESFFAINS

Dans les établissements hospitaliers, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est une priorité majeure. Elle nécessite l'implication des soignants. Comment le cadre peut-il favoriser cette implication ? S'il doit s'assurer des conditions nécessaires à l'implication, à savoir l'appropriation, la cohérence et la réciprocité, il lui incombe de donner du sens au projet. En informant sur le projet et en favorisant les échanges collaboratifs, il facilite l'appropriation du projet par les soignants. En reconnaissant le soignant dans son individualité et sa pratique professionnelle, il favorise le sentiment de réciprocité. Par sa communication, il doit rendre le projet cohérent aux soignants. Par son action, le cadre permettra à chaque soignant de choisir de s'impliquer d'avantage. Les modes de management adaptatif et participatif apparaissent les plus à même de réunir les conditions de l'implication.

Mots-clés :

Implication – Sens - Reconnaissance - Management participatif - Communication