

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

Centre de Recherche sur l'Education, les Apprentissages et la
didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

**La proximité du cadre de santé :
quel impact sur la reconnaissance des
soignants ?**

Lisa Djadaoudjee

Directeur de mémoire : Jean-Luc Auger

Soutenance le 21 juin 2017

Année 2016-2017

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

**La proximité du cadre de santé :
quel impact sur la reconnaissance des
soignants ?**

Lisa Djadaoudjee

Directeur de mémoire : Jean-Luc Auger

Soutenance le 21 juin 2017

Année 2016-2017

Mes remerciements s'adressent à

Mon directeur de mémoire, Mr Jean-Luc Auger, qui a eu la délicatesse d'aller dans le sens de mes hypothèses en se montrant disponible, proche et bienveillant même à distance.

Julien pour sa patience, son soutien, ses conseils tout au long de cette année et Raphaël, dont le sourire et la joie de vivre m'ont fait oublier les petites difficultés du quotidien.

Mes parents pour leur présence et leur disponibilité.

Tous les professionnels de mon établissement de santé qui m'ont accompagnée et soutenue durant ce travail d'initiation à la recherche.

*« Lorsque des travailleurs donnent le meilleur d'eux-mêmes à l'entreprise,
le moins qu'on puisse faire, c'est de tâcher d'en prendre soin. »*

Justo Soria

Fondateur et directeur général d'ASM

Sommaire

Avant-propos

Introduction	1
1. La qualité de vie au travail et mon cheminement.....	2
2. Cheminement sur le positionnement du cadre de santé	6
3. De l'estime de soi à l'efficacité.....	8
4. Problématisation.....	9
Cadre conceptuel	11
1. La proximité	11
2. La reconnaissance	16
3. L'estime de soi	22
Méthodologie.....	32
1. Objectifs de la recherche	32
2. Choix de la méthode.....	32
3. Choix de la population	32
4. Choix des variables	33
5. Le questionnaire	35
Analyse des résultats	38
1. Description de la population	38
2. Première hypothèse	40
3. Deuxième hypothèse	43
4. Troisième hypothèse	46
5. Discussion	52
Conclusion.....	54
Liste des références bibliographiques	58
Table des matières	62
ANNEXES	64

Avant-propos :

En janvier 2017, dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, je me suis orientée vers le concept de reconnaissance après de nombreuses lectures et de multiples questionnements et entretiens. Celui-ci me paraissait régulièrement abordé dans mes lectures, en lien avec la notion de qualité de vie au travail. Ce choix de concept me semblait donc parfaitement objectif, issu d'un cheminement assez logique.

Or, en janvier 2017, nous avons reçu un cours d'Isabelle Ganon sur le thème de la communication. Durant ce temps, elle nous a demandé de réfléchir à 3 situations, qui, au cours de notre vie, nous avaient rendus fiers de nous. J'ai donc exposé à mes collègues de promotion les 3 événements qui me sont arrivés spontanément à l'esprit. C'est avec une certaine surprise que j'ai réalisé que mon sentiment de fierté était issu, dans les 3 situations, d'une forme de reconnaissance de la part de mon entourage ou de mon environnement professionnel. La situation s'est reproduite pour la quasi-totalité du groupe ce jour-là. Le lien entre les 3 situations était généralement une thématique importante du mémoire.

Cet événement m'a fait prendre conscience de la nécessité de bien se connaître soi-même afin de mieux analyser nos réactions et nos émotions face aux autres.

Introduction

A l'heure de la tertiarisation et de l'informatisation du travail, on pourrait penser l'homme libéré de la pénibilité physique des tâches répétitives. Pourtant, les maux physiques, tels les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont toujours présents et ils s'accompagnent désormais d'une nouvelle forme de souffrance, davantage psychique. Ainsi, le stress, l'anxiété, la fatigue liés au travail font partie de notre quotidien du fait de la multiplication des objectifs de performance assignés. Selon l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), « les consultations pour risque psychosocial sont devenues la première cause de consultation pour pathologie professionnelle en France en 2007 » (Detchessahar, 2011, p. 90).

Dans le même temps, on assiste à une évolution de la fonction managériale dans les entreprises. A l'hôpital, il est de plus en plus souvent demandé aux cadres de santé de diriger plusieurs équipes, de gérer plusieurs unités de soins, de s'investir dans des missions transversales multiples. Les études de Mathieu Detchessahar en 2011 montrent que les services où les professionnels affichent les tableaux de santé les plus dégradés sont précisément les services où l'on constate une « désertion du management et des équipes laissées seules face aux contraintes, tensions et contradictions (...) » (Detchessahar, 2011, p. 102-103).

Il serait alors légitime de se demander ce qui peut favoriser la qualité de vie au travail des salariés. Quel est le rôle du cadre de santé dans le ressenti du travail des salariés ? En quoi la présence du cadre de santé favorise-t-elle le bien-être au travail des professionnels ?

Ma question de départ pourrait ainsi se formuler en ces termes :

En quoi le positionnement du cadre de santé influe-t-il sur la qualité de vie au travail de l'équipe encadrée ?

Il paraît important de s'interroger dans un premier temps sur ce qu'est la qualité de vie au travail et sur ce qu'elle implique pour le salarié, ainsi que sur les éléments qui influencent cette qualité de vie au travail.

Ensuite, nous évoquerons la notion de positionnement du cadre en termes de présence, de proximité ou de distance pour favoriser ce sentiment de bien-être au travail.

Ces éclairages m'amèneront à définir ma question de recherche dont j'exposerai, en fin d'introduction, l'hypothèse principale et la méthode que j'ai souhaité utiliser pour tenter d'y apporter une réponse.

1. La qualité de vie au travail et mon cheminement

Selon l'ANACT (Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail) en 2016, la qualité de vie au travail est une notion regroupant à la fois « les actions qui permettent de concilier l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises ». Le terme de « qualité de vie au travail » trouve son origine aux Etats-Unis à la fin des années soixante, lors de conférences parrainées par le ministère du Travail des Etats-Unis et la Fondation Ford (Dolan, Arsenault, 2009). Ces conférences ont abouti à la conclusion que le travail ne se limitait pas à un salaire ou à l'exécution d'ordres et qu'il englobait d'autres concepts comme la participation aux processus décisionnels, une réflexion sur les tâches, une organisation qui stimule l'apprentissage (Dolan, Arsenault, 2009). La Haute Autorité de Santé (HAS), lors d'un séminaire en 2010, fait un parallèle entre qualité de vie au travail et qualité des soins. Durant ce temps d'échange, Yves Clot, titulaire de la chaire de psychologie du travail a souligné que ce qui permet de faire le lien entre performance et santé au travail est la qualité du travail, et « la manière dont les personnes peuvent se reconnaître dans ce qu'elles font » (Clot, 2010, p. 9).

Cette thématique m'a particulièrement intéressée puisqu'elle constitue un levier à la fois de bien-être des salariés mais également de qualité des soins et qu'il me semble que le cadre de santé peut être un vecteur important de qualité de vie au travail à travers son positionnement.

Ma question de départ m'a conduite à définir quels étaient selon moi les ressorts du cadre de santé pour favoriser cette qualité de vie au travail. Quels sont les leviers qu'il peut actionner pour apaiser l'équipe soignante ?

La réalisation d'une carte mentale m'a permis d'identifier cinq thématiques majeures.

- Un management éthique : la visée éthique est selon Paul Ricœur, « La visée d'une vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes » (1990, p.202). Le management éthique se définit par la capacité à prendre du recul, à être dans la réflexion sur soi ainsi que sur sa posture en envisageant l'impact que cela peut avoir sur les soignants. Jean-François Claude parle de réflexion « personnelle et pragmatique » (2002, p.58) permettant de questionner ses choix, ses actions au regard des conséquences qu'ils

peuvent avoir. Le management éthique recherche ainsi le sens des actions, s'interroge sur le processus qui le guide (Miremont, 2014). A l'hôpital ou tout tend à être normé, standardisé, asséchant ainsi la « capacité et l'envie de penser » (Hesbeen, 2011, p.117), il est important de remettre du sens dans les pratiques, de faire appel au « professionnalisme du professionnel » (Hesbeen, 2011, p.117).

- Un management bienveillant : Zarifian définit la bienveillance comme le fait de « veiller au bien » (2009, p. 149). Le management bienveillant se soucie de la préservation du bien-être des salariés en se préoccupant non pas du seul résultat, « mais de l'intégrité, de la coopération, de la compassion ». Il se rapproche de l'idée du « slow management » visant à laisser davantage de place à la créativité des professionnels (Tanquerel, 2014). La visée du management bienveillant n'est pas de prendre « soin du professionnel pour qu'il prenne soin du malade » (Hesbeen, 2011, p.106) mais bien de prendre soin du soignant en tant qu'humain qui peut se sentir ainsi exister.
- Une intelligence émotionnelle : la gestion des émotions par le manager a un impact non seulement sur lui, mais également sur l'humeur et la performance de son équipe. Un cadre qui travaille sur sa propre intelligence émotionnelle contribue ainsi au « développement professionnel de l'organisation et pas uniquement au développement personnel du responsable » (Kotsou, 2016, p.16).
- La reconnaissance : les salariés veulent se reconnaître et être reconnus dans leur travail. Certaines études ont révélé que le manque de reconnaissance influençait la qualité de vie et était facteur de stress (Nallet, 2010, p. 25). Par la reconnaissance, les salariés sentent qu'ils comptent, qu'ils ont de la valeur. Cela permet une diminution du stress et ainsi une amélioration de la qualité de vie. « L'esprit d'équipe se développe et la performance de l'organisation s'en trouve renforcée » (Balducci, Penot, 2015, p15-16).
- La communication : qu'elle soit verbale ou non verbale, officielle ou officieuse, écrite ou orale, la communication permet l'échange, le partage d'informations et ainsi, l'investissement du salarié par la compréhension du sens de ses actions (Courmont,

2011). Pour Zarifian, toute forme de travail collectif génère de la communication. Selon lui, « travailler, c'est (au moins partiellement) communiquer » (2009, p. 32) et cette action influe fortement l'efficacité de la production puisque c'est par la communication que peut s'exprimer le sens du travail. Pour Walter Hesbeen, le manque voire l'absence d'information génère de l'incertitude, de l'inquiétude pouvant provoquer le sentiment d'être « mal traité » (2011).

Pour m'éclairer sur le sujet, outre mes lectures théoriques, je suis allée questionner le terrain lors d'un entretien exploratoire non formalisé. Une infirmière du CHU de Rennes m'a affirmé que selon elle, le management avait un rôle à jouer dans la qualité de vie au travail. Elle précisait ainsi très spontanément : « face à l'exigence de plus en plus grande des patients et le fait qu'ils ne soient jamais satisfaits, il est encore plus important pour nous d'être reconnus par nos cadres ». Elle soulignait ainsi un changement dans la relation au patient, qu'elle décrivait comme de moins en moins reconnaissants vis-à-vis des soins reçus et des soignants. Cette soignante indiquait le besoin que sa « souffrance » soit également entendue par sa hiérarchie, ce qui impliquait la nécessité que ses supérieurs se montrent disponibles pour l'écouter.

J'ai également échangé par mail avec M. Lorne, psychologue dans un service de soins, intervenant dans notre formation. Le thème de la reconnaissance était également pour lui un levier important à disposition du cadre pour favoriser le bien-être au travail. Selon lui, « la reconnaissance est considérée comme un opérateur principal dans la préservation de la santé. Le travailleur doit pouvoir se reconnaître et être reconnu dans le sens qu'il donne à son travail afin de pouvoir construire son identité et ne pas être aliéné. La souffrance au travail est générée notamment par le manque de reconnaissance du travail réalisé. » Ainsi, comme pouvait le souligner l'infirmière, on perçoit le besoin fort du salarié de se sentir reconnu mais également de se reconnaître dans le travail qu'il réalise. Le cadre peut à la fois, reconnaître le salarié pour ce qu'il est, mais aussi essayer de donner du sens au travail réalisé afin que le salarié se reconnaisse dans son action.

En repensant mon parcours professionnel à la lumière de ce qui m'avait procuré un sentiment de bien-être en lien avec ma hiérarchie, plusieurs situations me sont revenues en mémoire.

Je me souviens notamment des soirées de service où l'on appréciait la présence de nos encadrants. A ces dîners, l'équipe était au complet et l'on profitait de ces moments pour créer des liens, échanger sur d'autres sujets que le travail, faire connaissance. La présence de nos cadres était le signe qu'ils faisaient partie de l'équipe, qu'ils souhaitaient partager avec nous des moments informels. Je me souviens que je vivais ces moments comme des temps privilégiés de connaissance et de reconnaissance de l'équipe par les cadres. En dehors des murs de l'hôpital, sans nos blouses de soignants, les managers apprenaient à nous connaître en tant qu'individu et pas seulement comme salarié.

Une soirée m'a particulièrement marquée par le fort sentiment de reconnaissance que j'ai ressenti de la part de la cadre de santé du service dans lequel je travaillais depuis 4 ans. De vraies affinités s'étaient créées entre certains membres de l'équipe, et il n'était pas rare que nous nous voyions à l'extérieur, en équipe entière ou en petits groupes. Un jour, alors qu'une soirée s'organisait avec cinq soignants de l'équipe, l'aide-soignante qui nous invitait chez elle a proposé à cette cadre de santé de se joindre à nous. Il lui a bien été précisé que cette soirée ne réunissait pas toute l'équipe, mais seulement un petit groupe dont elle a précisé les noms. La cadre de santé a accepté cette invitation et nous a rejoins au cours de la soirée. Elle nous a demandé de rester discrets quant à sa présence parmi nous vis-à-vis des autres membres de l'équipe. Je me souviens avoir perçu sa venue comme une forme de reconnaissance importante. C'est notre présence en tant qu'individu qui avait motivé sa décision de se joindre à nous. Cette proximité dont elle nous honorait était pour moi un signe fort de reconnaissance individuelle et personnelle. Dans le même temps, et mon projet de devenir cadre de santé en tête, j'ai perçu à travers sa venue un risque important quant à son positionnement et sa neutralité. Le fait de venir à une soirée ne réunissant pas toute l'équipe pouvait être perçu comme une marque de préférence à l'égard d'une partie de l'équipe. Elle pouvait ainsi perdre de sa neutralité, de son objectivité. Cette cadre de santé semblait en avoir conscience puisqu'elle nous a demandé de garder le silence concernant sa venue à notre soirée.

La reconnaissance est un concept étudié dans de nombreux champs disciplinaires comme la sociologie, l'anthropologie, ou la philosophie. C'est dans le champ de la psychologie que j'ai retrouvé cette notion de reconnaissance dans le cadre du travail. Selon Jean-Pierre Brun (2008), « la demande de reconnaissance est devenue une composante essentielle de la vie au travail ». La reconnaissance qui porte sur l'individu et non sur le salarié est appelée en psychologie la reconnaissance existentielle et se définit surtout en termes de qualité de la relation à l'autre.

Dans les situations qui me sont venues à l'esprit, c'est bien de cette forme de reconnaissance, dite existentielle dont il s'agit, celle qui permet à l'individu de se sentir valorisé. Cette reconnaissance a été possible par le positionnement du cadre lors de ces situations, par sa proximité.

2. Cheminement sur le positionnement du cadre de santé

Le terme de positionnement du cadre a fait écho chez moi à la notion de juste distance avec l'équipe soignante, comme un savant mélange de distance et de proximité.

Afin de mieux en percevoir les contours, j'ai comparé les avantages et les inconvénients d'un cadre distant et d'un cadre proche.

2.1. La distance

Un cadre à distance favorise une certaine forme d'autonomie de l'équipe. Cette autonomie peut être source de cohésion, par les échanges nécessaires entre soignants afin d'aboutir à un consensus. Cette distance permet également au cadre d'avoir une vision globale du fonctionnement du service.

En revanche, à l'excès, cette distance peut provoquer un sentiment d'abandon chez les professionnels. Le cadre peut alors perdre de sa légitimité, et la relation de confiance avec l'équipe peut en pâtir par la méconnaissance des réalités du terrain. Par ailleurs, une grande distance empêche le cadre de santé de prendre en compte les spécificités individuelles de chaque soignant.

2.2. La proximité

La proximité du cadre favorise un sentiment de sécurité pour l'équipe soignante. Le cadre peut se montrer davantage à l'écoute des besoins, des difficultés, des problématiques du service et des professionnels. Cela facilite un sentiment de reconnaissance des agents et la création d'un lien de confiance.

Lorsque cette proximité est excessive, elle ne favorise pas l'autonomie des soignants. Par ailleurs, le cadre risque d'en perdre sa neutralité par l'absence de prise de recul avec les problématiques quotidiennes. Sa proximité pourrait également être perçue comme intrusive par les soignants et il risquerait de perdre en autorité.

Cependant, les travaux de Mathieu Detchessahar en 2011 montrent que c'est bien la proximité du cadre, en ce qu'elle favorise notamment des espaces d'échanges et de discussion, qui favorise le bien-être au travail. Dans les situations que j'ai exposées précédemment, c'est cette notion de proximité de l'encadrant qui permettait ce sentiment de reconnaissance. C'est également ce qui ressort des lectures professionnelles sur le sujet, que je développerai dans mon cadre conceptuel.

Par ailleurs, cela fait écho à une situation que j'ai vécue alors que je prenais mon poste de faisant fonction cadre de santé (FFCS) en septembre 2015. Celle-ci se déroulait dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) rattaché à l'hôpital dans lequel j'avais exercé cinq années comme infirmière. Je prenais alors la succession d'une FFCS partant à l'école des cadres. Cette personne que je remplaçais était ergothérapeute de formation. Elle avait travaillé en tant qu'ergothérapeute pendant deux ans dans cet EHPAD, avant que la cadre supérieure du service ne l'encourage à évoluer vers le métier de cadre de santé. Durant ces deux années, elle a côtoyé les soignants de l'équipe sans aucun lien hiérarchique, créant des affinités fortes avec certains. Elle adoptait les attitudes habituelles entre collègues, tutoyant les membres de l'équipe, leur faisant la bise, participant aux soirées de service. Lorsqu'elle a formalisé à sa hiérarchie son souhait de devenir cadre de santé, on lui a proposé un poste de Faisant Fonction Cadre de Santé dans ce même service de l'EHPAD. Elle n'a alors pas modifié ses habitudes, souhaitant garder une certaine cohérence dans ses attitudes. Elle est donc restée très proche de certains soignants de l'équipe, connaissant de nombreux éléments de la vie privée des membres de l'équipe soignante.

Lorsque j'ai pris son remplacement alors qu'elle rentrait à l'école des cadres, j'ai pu ressentir qu'elle était très appréciée par une partie de l'équipe. Ceux-ci mettaient en avant sa proximité, la reliant aussi au fait qu'elle avait été soignante dans le service auparavant. Ainsi, une certaine forme de légitimité lui était attribuée, de par sa bonne connaissance du service et des activités de chaque soignant. Je me souviens de cette phrase dite par une aide-soignante lors de mon premier jour de FFCS : « On a vraiment hâte de la retrouver dans un an ». Il m'a alors semblé que cette équipe était en recherche de proximité avec le cadre du service, et que le peu de temps qui m'était accordé au sein de cette unité ne me permettrait pas de créer la proximité attendue par ces soignants. En effet, mon poste de faisant fonction cadre de santé devait durer initialement neuf mois, et, si cela m'a permis d'échanger fréquemment avec les soignants, il ne m'a pas été possible de tous bien les connaître, d'autant que j'avais tout le fonctionnement du service à découvrir. Disposer d'une vision globale du fonctionnement de ce pôle et de ce service

m'a demandé du temps, car je le découvrais pour la première fois. Par ailleurs, c'est durant cette année de faisant fonction cadre de santé que j'ai réalisé ma préparation au concours, me poussant à me projeter vers un futur métier de cadre de santé, et ainsi, à prendre du recul, de la distance sur mon parcours professionnel. C'est donc plus tardivement que j'ai pu mieux percevoir les problématiques plus spécifiques de l'équipe que j'encadrerais alors, et avoir un regard plus précis sur les atouts ou difficultés de chaque soignant.

Dans cette situation, on perçoit que la proximité de la FFCS que j'ai remplacée lui a offert une forme de légitimité auprès de l'équipe soignante. Cette proximité semblait rassurante pour les professionnels par la bonne connaissance du terrain comme des soignants qu'elle pouvait avoir.

A l'heure où l'on demande aux cadres de santé de prendre plusieurs services en charge et de s'investir dans diverses missions transversales, c'est finalement sur cette notion de proximité comme source de qualité de vie au travail qu'il m'a semblé intéressant de me questionner. Par ailleurs, lors de mon recueil de données, il me paraît important de différencier la proximité ou la distance qui est du ressort du cadre, de celle qui est du ressort de l'institution. En effet, un cadre peut avoir plusieurs unités en charge, mais se montrer disponible lorsqu'il est présent dans l'unité. A l'inverse, on peut également rencontrer des managers n'ayant en charge qu'une unité mais qui restent enfermés dans leur bureau, sans aller à la rencontre de l'équipe soignante. Emmanuelle Léon oppose ainsi la distance géographique, qui serait du ressort de l'institution et la « distance subjective, à savoir la perception qu'ont leurs collaborateurs de l'éloignement de leurs managers » (2013, p. S10).

Cette distinction me permettra peut-être de mettre en avant ce qui impacte le plus la qualité de vie au travail.

Dans les situations que j'ai présentées précédemment, on peut percevoir que le sentiment de proximité, mais surtout celui d'être reconnu par sa hiérarchie est valorisant pour le soignant. Ce ressenti positif est lié à l'impact de la reconnaissance sur l'estime de soi de l'individu.

3. De l'estime de soi à l'efficacité

La reconnaissance, selon Alain Caillé, fournit la base, à la fois de la dignité et de l'estime de soi (2004). La valorisation de l'individu par la reconnaissance existentielle permet à celui-ci de développer l'estime qu'il a de lui-même. En effet, le regard de l'autre est un « miroir dans lequel nous nous percevons » (Cooley cité par Balducci, Penot, 2015, p.27). Selon cette idée, nous sommes façonnés par l'image que les autres nous renvoient. Une forme de reconnaissance

individuelle positive va donc participer à nous donner une meilleure estime de nous. Ainsi, lorsqu'un cadre de santé soigne sa relation aux salariés, qu'il se montre attentif, à l'écoute des différentes individualités, il participe à ce que ses salariés améliorent leur estime d'eux-mêmes.

Or, il a été montré qu'une bonne estime de soi s'accompagnait notamment de capacités d'autocontrôle, permettant à l'individu de s'engager dans des actions de long terme, de manière efficace, même si celles-ci ne procurent aucun bénéfice à court terme (André, 2002).

Si l'estime de soi favorise un bien-être et un épanouissement personnel, elle est également un « critère d'efficacité individuelle et collective » (Balducci, Penot, 2015, p.16). Le salarié ayant une bonne estime de lui sera capable de fournir plus d'effort pour faire un travail dans lequel il se reconnaît et dans lequel il sera reconnu.

4. Problématisation

La reconnaissance existentielle, par son incidence sur l'estime de soi, semble donc favoriser aussi bien le développement personnel que l'efficacité dans le travail. Nous nous rapprochons de l'idée de la HAS selon laquelle la qualité de vie au travail et la qualité des soins sont étroitement liées.

La question qui se pose alors est de savoir quel impact le positionnement du cadre peut avoir sur cette forme de reconnaissance existentielle. Une très grande proximité du cadre favorise-t-elle ce sentiment de reconnaissance par les soignants ? La proximité du cadre et le sentiment de reconnaissance de l'équipe soignante sont-ils liés ?

On peut également se demander si la reconnaissance existentielle est la forme de reconnaissance la plus recherchée par les professionnels. Jean-Pierre Brun et Ninon Dugas précisent que « la reconnaissance existentielle devrait être à la base de toutes les autres formes de reconnaissance » (2002, p.14). Or, il est envisageable que les soignants aient pu acquérir une certaine forme d'estime de soi en dehors du service de soins (famille, amis, études...). Il sera intéressant, lors du recueil de données, d'observer s'il existe une différence de besoin de reconnaissance existentielle selon le niveau de formation.

Ces questionnements me conduisent donc à formuler ma problématique en ces mots :

A l'hôpital, dans quelle mesure la proximité du cadre de santé avec son équipe favorise-t-elle une forme de reconnaissance existentielle des soignants ?

Mon hypothèse première est que la proximité du cadre de santé favorise cette forme de reconnaissance.

Ma deuxième hypothèse est que le sentiment de reconnaissance des soignants est davantage lié à la proximité ressentie du cadre de santé qu'à sa proximité physique.

Ma dernière hypothèse est que le besoin de reconnaissance existentielle au travail diffère avec le niveau de qualification des soignants, en lien avec une estime de soi augmentée par le niveau d'études. En effet, la plupart des recherches montrent « un lien direct et élevé entre la réussite scolaire (...) et l'estime de soi » (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 22).

La démonstration de l'existence d'un lien ou non entre ces deux variables m'amènera à utiliser une méthode de recueil de données quantitative. En effet, si la méthode qualitative permet d'essayer de comprendre les raisons d'une situation donnée, de les décrire, de les expliciter, la méthode quantitative permettra de révéler s'il existe ou non un lien entre deux variables qualitatives ou quantitatives.

Ce sont les réponses de soignants et de cadres de santé à deux questionnaires distincts qui m'amèneront à montrer la présence ou non d'un lien entre proximité du cadre et sentiment de reconnaissance existentielle.

Dans la première partie de ce travail, je m'attacherai à mettre en lumière trois concepts qui éclaireront mon sujet. J'aborderai les concepts de proximité, de reconnaissance et d'estime de soi en montrant les liens qu'il peut y avoir entre chacun d'entre eux. Ainsi, je tâcherai de montrer comment la proximité peut favoriser le sentiment de reconnaissance, qui impacte l'estime de soi, laquelle favorise à son tour la qualité de vie au travail ainsi que la qualité du travail.

Dans un deuxième temps, je présenterai la méthodologie utilisée dans la réalisation de mes questionnaires. Enfin, je restituerai l'analyse et les conclusions du traitement de mes données.

Cadre conceptuel

1. La proximité

1.1 Définitions

1.1.1 Evolution du terme de proximité

Le terme de proximité est apparu dans la langue française à la fin du XV^{ème} siècle pour définir la notion de « proche parenté »¹. C'est au XVI^{ème} siècle que l'on voit apparaître la définition de proximité comme étant la « situation d'une chose qui est à faible distance d'une autre chose ou de quelqu'un »², évoquant alors une faible distance dans l'espace ou dans le temps.

Cette dialectique du proche et du lointain a connu une nouvelle dimension depuis le XX^{ème} siècle avec à la fois une tendance à l'individualisme, au repli sur soi, sur le proche, et l'apparition de nouvelles technologies (aviation, informatique...), créant une forme de « proximité à distance » (Bastianutti, Petitbon, 2015, p. 16). Aujourd'hui, Internet peut nous permettre de nous sentir plus proche d'une personne située à plusieurs milliers de kilomètres, que de notre voisin de palier.

Bastianutti et Petitbon font remarquer alors que la proximité est surtout « un jugement de valeur portant sur la perception d'une distance » (2015, p. 13). Cette proximité n'est effectivement pas une donnée stable, mais une « distance flexible, variable entre deux objets ou deux personnes », une « fluctuation entre le proche et le lointain, le familier et l'étranger, entre l'imminent et l'éloigné » (Bastianutti, Petitbon, 2015, p. 14).

1.1.2 La proximité en sciences de gestion

Dans une société où tout s'accélère, où les innovations sont constantes, la survie des organisations tient en partie à la capacité de réactivité des équipes qui les constituent. Or, cette réactivité n'est possible « que si l'homme est au cœur de l'organisation, en proximité » (Bastianutti, Petitbon, 2015, p. V).

L'enquête de Sainsaulieu auprès des équipes soignantes a permis de définir la proximité comme « un subtil dosage d'implication et de distanciation » (Revillot, 2013, p. S15).

¹ CNRTL, Repéré à <http://www.cnrtl.fr/etymologie/proximit%C3%A9>

² CNRTL, Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/proximit%C3%A9>

Ainsi, elle peut se définir en sciences de gestion comme la capacité, pour l'entreprise ou le manager, « à créer du lien entre les individus qui vont se sentir connectés et seront capables d'évoluer dans un cadre d'action clair, lisible (...). Cela permet la mise en mouvement des équipes, favorise la coopération et les pratiques de collaboration par la confiance (...) » (Bastianutti, Petitbon, 2015, p. 12). La dimension relationnelle de la proximité apparaît alors comme une question centrale. Prayez rejoint cette idée de mise en mouvement harmonieuse en écrivant que la proximité permet au cadre « de s'articuler de manière adéquate avec chaque professionnel, de trouver le bon ajustement entre les logiques de fonctionnement de chacun » (Prayez, 2010, p. 191). Thévenet considère que la proximité et la qualité relationnelle nécessaire à son développement sont les meilleures armes du manager face aux situations difficiles de la vie en entreprise. Mais cela peut représenter un coût pour le cadre de proximité car cela engage sa « personne, sa maîtrise de soi, son contrôle émotionnel et aussi ses valeurs personnelles quant à sa relation à l'autre » (Thévenet, 2008, p. 21). Rongiconi parle quant à lui de la « personnalité toute entière » du cadre qui est engagée dans cette activité de proximité, et « pas seulement le savoir (intellect) et le savoir-faire (automatismes) » (2009, p. 46). Mais la réflexion sur cette proximité avec l'équipe est nécessaire, car « les risques liés à la perte de distance professionnelle, ou à l'inverse à une prise de distance trop excessive, sont préjudiciables au bon fonctionnement des équipes et des services » (Prayez, 2010, p. 192). Le bon dosage de ce rapport proximité/distance du cadre permet en effet « une analyse pertinente des situations de travail, nécessitant compréhension et prise de recul » (Rongiconi, 2009, p. 47).

1.1.3 Evolution du métier de cadre de santé, une activité de plus en plus distanciée

Le management est une activité nécessaire des organisations. « Définir le travail, l'organiser, contrôler sa réalisation », mais également « l'information, la réponse aux attentes des personnes » en sont les aspects les plus visibles (Thévenet, 2008, p. 56).

Historiquement, le surveillant d'une unité de soins était souvent nommé à ce poste par son ancienneté et sa bonne connaissance du service. Il avait alors en charge un service et une équipe dont il était issu et connaissait parfaitement les besoins et les difficultés de l'activité. Cependant, le surveillant ne bénéficiait d'aucune formation lui permettant de « gérer des situations complexes ou de crise » (Revillot, 2013, p. S14). En 1975 apparaissent alors les cadres infirmiers, puis, les cadres de santé en 1995. Ces cadres formés au management, sont désormais amenés à exercer au sein d'unités dans lesquelles ils n'ont pas travaillé, auprès de professionnels parfois de filières différentes de la leur. Les difficultés économiques actuelles,

ainsi que la mise en place des pôles de santé ont favorisé les « regroupements managériaux d'unités » (Revillot, 2013, S14), éloignant encore davantage les cadres du « chevet des patients et des équipes » (Martin, 2013, p. S22) au profit de tâches administratives, consommatrices de temps. Mathieu Detchessahar décrit cet encadrant « bloqué dans son bureau, vissé à son poste informatique et à ses dossiers » qui, « lorsqu'il quitte (enfin...) son bureau, (...) est happé par tout un ensemble de lieux d'échanges (commission, groupes projets, comité de pilotage, réunions d'informations, etc.) dans lesquels sa présence est requise » (Detchessahar, 2011, p. 98-99). Il y voit là un travers du management participatif qui nécessite la présence des soignants du terrain ; terrain avec lequel ils ont de moins en moins d'échanges.

Or, pour Thévenet, si le management doit répondre aux besoins d'une organisation, le management de proximité, « c'est le service des autres, de ceux qui sont dirigés et pas seulement de l'organisation » (2008, p. 61-62). Anne-Marie Lagadec partage cette idée que le management de proximité doit permettre de « soutenir le quotidien des professionnels, dans un contexte où tensions et contradictions se multiplient » (2014, p. 20). Revillot considère qu'au regard des études récentes montrant les difficultés rencontrées par les équipes soignantes, il est important de s'interroger sur le management de proximité, « tant il est un art et un besoin » (2013, p. S15).

Si le cadre de proximité se trouve, physiquement, de plus en plus à distance des équipes soignantes, nous pouvons nous demander s'il n'existe pas d'autres dimensions de la proximité sur lesquelles il puisse agir pour rester proche de son équipe.

1.2 Les différentes dimensions de la proximité

1.2.1 La dimension physique, géographique

Loïc Martin (2013) évoque les plaintes répétées des soignants relatives à l'absence du cadre de l'unité de soins. Que ce soit par sa gestion de plusieurs unités, par l'absence de bureau cadre au sein de l'unité ou encore par les multiples réunions auxquelles il est tenu de participer, la présence physique du cadre de santé vient à manquer aux soignants. Cette absence physique est souvent davantage liée au fonctionnement de l'institution qu'à la volonté du cadre de santé lui-même.

Pourtant, cette proximité physique permet « d'échanger des informations plus complexes de manière plus rapide » (Bastianutti, Petitbon, 2015, p. 44), et d'« expliquer et d'explicitier les contraintes, les hiérarchiser » (Detchessahar, 2011, p. 98). C'est également une « condition nécessaire » à la transmission de connaissance (Bastianutti, Petitbon, 2015, p. 37). Selon ces

deux auteurs, il est donc indispensable, pour les cadres de proximité, de réaliser des « visites régulières sur le terrain » (2015, p. 82).

Dans son ouvrage *La dimension cachée*, Hall écrivait : « Nous sentons les autres proches ou distants, sans pouvoir toujours dire sur quelle base nous fondons ce savoir. (...). Est-ce le ton de la voix, l'attitude ou la distance de l'interlocuteur ? » (1971, p. 146).

En effet, outre la dimension physique ou géographique de la proximité, il semble que son appréciation soit également très subjective.

1.2.2 La dimension subjective de la proximité

Revillot, à l'instar de Hall, considère que la proximité est une notion dont « la subjectivité est bien souvent fonction des représentations de chacun » (2013, p. S15). Ainsi, plutôt qu'à une présence physique, Revillot renvoie le sentiment de proximité à la disponibilité du cadre, comme « contenant rassurant pour les agents parce qu'ils ont besoin de savoir que le « capitaine » tient la barre et entend leurs préoccupations et leurs difficultés » (2013, p. S16). Le cadre doit se montrer à l'écoute de son équipe, comprendre ses difficultés, partager « un même vocabulaire » sur le « vrai travail » qu'elle vit au quotidien (Bastianutti, Petitbon, 2015, p. 82). Afin de comprendre ces difficultés, il doit tâcher de participer régulièrement aux transmissions inter-équipes, et créer des espaces d'échanges et de débats avec l'équipe soignante. Il ne doit pas se cacher derrière la « Novlangue » managériale, à l'image de celle créée dans le roman de George Orwell « 1984 » dans le but de normaliser les pensées et de limiter le développement des esprits critiques, rendant impossible la création de sens au travail, clivant « sans permettre une réelle communication » (Bastianutti, Petitbon, 2015, p. 72).

Ainsi, pour Bastianutti et Petitbon (2015), plus encore que la proximité physique, c'est l'action du cadre, son comportement et les questions qu'il va poser à son équipe qui vont créer la distance ou la proximité.

Mais comme le dit Prayez, il existe « plusieurs modalités possibles de proximité dans la relation à l'autre, (...) sans qu'il n'y ait de modèle absolu » (2010, p. 178-179).

On peut alors se questionner sur l'impact de ces différents positionnements sur l'équipe soignante.

1.3 Conséquences sur l'équipe soignante du positionnement du cadre de santé

1.3.1 Impact d'une trop forte proximité avec l'équipe

Les soignants interrogés par Prayez (2010) sont unanimes sur le fait qu'une trop grande proximité empêche l'objectivité nécessaire à la fonction de l'encadrant. En effet, on attend d'un cadre de la neutralité dans le jugement et, en s'impliquant trop, celui-ci ne peut alors plus prendre le recul nécessaire à la prise de décision, n'étant plus suffisamment clairvoyant face à un contexte complexe. Par ailleurs, un cadre trop présent peut également devenir envahissant pour l'équipe, qui se sent sans cesse observée, évaluée, sans autonomie (Martin, 2013). Enfin, un cadre de santé très proche risque de créer des liens particuliers avec certains soignants, pouvant parfois manquer de jugement sur certains actes, ou risquant de laisser de côté certains membres de l'équipe avec lesquels il a moins d'affinités.

A l'inverse, une prise de distance excessive a également des conséquences négatives pour l'équipe soignante.

1.3.2 Impact d'une trop grande distance avec l'équipe

Selon Detchessahar (2011), les salariés se plaignent davantage de l'absence des cadres que de leur omniprésence. C'est « l'éloignement du manager qui pose problème lorsqu'il n'est plus là pour expliciter les difficultés du travail et soutenir les salariés dans leur résolution » (Detchessahar, 2011, p. 91). Pour Revillot, cette absence des cadres dans les unités participe à la « mauvaise qualité de vie au travail » (2013, p. S15), par la lassitude, voire l'épuisement que cela génère auprès des équipes de devoir trouver seuls des solutions, ou d'arrêter des arbitrages. Martin, s'inspirant de la théorie des besoins de Maslow, considère que l'absence du cadre de santé dans les unités peut être vécu, par les équipes, comme un « manquement au besoin de sécurité » (2013, p. S22), correspondant au deuxième niveau de la pyramide des besoins. Cela peut alors générer du conflit à l'intérieur de l'équipe. Un cadre trop à distance peut rapidement se retrouver « en dehors du contexte et des situations » (Prayez, 2010, p. 234) et se retrouver dans une autre logique de fonctionnement, fuyant la réalité du terrain et se réfugiant dans « le registre administratif » (Prayez, 2010, p. 234). Par ailleurs, cette situation peut générer « la déprime et la mise sous tension des encadrants » lorsque cette distance va à l'encontre de leur volonté de proximité, et qu'ils se confrontent sans cesse aux « sollicitations inquiètes de leurs équipes et aux difficultés croissantes d'y répondre » (Detchessahar, 2011, p. 99). Bastianutti et Petitbon font quant à eux une analyse sans appel considérant que « trop de distance tue la performance » (2015, p. V).

Le positionnement du cadre dans l'équipe doit donc être un juste dosage de proximité et de distance, « d'implication et de distanciation » (Revillot, 2013, p. S15).

1.3.3 Le juste positionnement du cadre auprès des équipes

La présence du cadre, sans être dans l'omniprésence, lui permet de sentir quand « les choses sont difficiles » pour l'équipe, quand il y a « trop de travail, que les ressentis sont exacerbés, que les émotions montent » (Prayez, 2010, p. 174). Cette présence amène de la sécurité aux équipes par la capacité du cadre à « gérer les problèmes, à organiser le travail quotidien » (Martin, 2013, p. S23), tout en leur laissant « un espace pour exercer leur autonomie » (Revillot, 2013, p. S15). Cela permet au manager d'écouter, de valoriser, d'échanger, de dialoguer avec les soignants, favorisant le partage d'une « commune professionnalité, gage à la fois de sa légitimité, de sa capacité à saisir les problèmes et de la qualité des délibérations » (Revillot, 2013, p. S15). En intégrant dans son organisation un temps minimum auprès des équipes, le cadre peut alors favoriser la création de lien et « donner du sens au travail » (Martin, 2013, p. S23) élément indispensable à la qualité de vie au travail. En effet, donner du sens à son travail participe au fait de pouvoir se reconnaître dans ce que nous faisons, maillon essentiel, selon Yves Clot (2010), de la santé et de la qualité de vie au travail.

S'il n'y a pas de recette tout faite pour adopter la juste distance avec l'équipe soignante, il est important que l'on s'interroge sur notre positionnement, sur ce management de proximité, « tant il est un art et un besoin » et le « garant de l'œuvre créée par et avec le cadre » (Revillot, 2013, p. S15). Par sa présence, sa disponibilité, le cadre participera à faire ressortir le sens du travail, et ainsi, à la reconnaissance des soignants et à la qualité de vie au travail.

2. La reconnaissance

Il existe deux définitions distinctes de la reconnaissance dans les dictionnaires et encyclopédies.

La première définit la reconnaissance comme l'action de « poser comme déjà connu » quelque chose ou quelqu'un³. Elle fait appel à la notion de souvenir, par lequel l'individu, par la remémoration, identifie un objet actuel grâce à un objet antérieurement identifié.

La deuxième définition qui apparaît, comme le dit Ricœur, « en fin de parcours » comme un « hôte inattendu » (2009, p. 24) est la reconnaissance comme fait de « se souvenir d'un bienfait

³ CNRTL, Repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/reconnaissance>

reçu » et de le récompenser⁴. On retrouve alors la notion de lien à l'autre, l'inscription dans une forme d'humanité.

2.1 La reconnaissance en philosophie

Le besoin de reconnaissance de l'humain a été affirmé au 18^{ème} siècle avec « l'abolition des privilèges et l'émergence de la notion de dignité de l'individu » (Balducci, Penot, 2015, p. 17). Jean-Jacques Rousseau à cette époque considère que l'Homme a besoin des autres pour exister. C'est par les autres que l'Homme accède à « la condition humaine » (« Les philosophes de la reconnaissance », 2002). Il développe alors l'idée de la considération, passant par le regard des autres sur soi. Adam Smith, contemporain de Rousseau, partage l'idée que nous accédons à l'humanité à travers le regard de l'autre. Selon lui, plus on attire le regard des autres, plus on est heureux. Si la reconnaissance permet un sentiment « d'existence sociale » (André, 2006, p. 231), par la reconnaissance de ce que l'on est dans le regard des autres, la reconnaissance permet aussi un sentiment « d'existence tout court » (André, 2006, p. 231). André, comme Todorov font ainsi la distinction entre deux formes de reconnaissance : La reconnaissance de conformité et la reconnaissance de distinction « ou bien je veux être perçu comme différent des autres, ou bien comme leur semblable » (Todorov, 2013, p. 21). Si la reconnaissance de distinction est plutôt l'apanage des sujets jeunes, aimant montrer qu'ils se démarquent des autres, qu'ils sont les meilleurs dans telle ou telle discipline, la reconnaissance de conformité concerne davantage les sujets d'âge mûr, préférant se conformer aux usages et normes appropriés à leur condition (Todorov, 2013).

2.2 La reconnaissance en socio-anthropologie

Hegel est le premier à utiliser le mot de reconnaissance, sous le terme d'*Anerkennung* en allemand. Selon lui, contrairement à l'animal qui n'obéit qu'à son instinct de conservation, l'Homme aspire en plus à « la reconnaissance de sa valeur par autrui » et pourrait mourir pour son honneur (« Les philosophes de la reconnaissance », 2002). Honneth partage la vision d'Hegel en différenciant la reconnaissance selon trois formes qui « se distinguent entre elles par le degré d'autonomie qu'elles accordent au sujet » (Honneth, 2008 a, p. 83-84).

On retrouve dans un premier temps la reconnaissance qu'Hegel nomme Amour et qu'Honneth qualifie de « reconnaissance affective » (Honneth, 2008 b, p. 51). Ce mode de reconnaissance, qui ne va pas au-delà des relations sociales primaires (conjoint, famille, amis), permet à

⁴ Trésor de la langue française, Repéré à <http://www.le-tresor-de-la-langue.fr/definition/reconnaissance>

l'individu, par des encouragements, de l'attention, de l'amour, de développer sa confiance en soi.

Ensuite, arrive la reconnaissance basée sur le droit. Cette forme de reconnaissance permet à l'individu de se reconnaître comme « détenteur légitime de droits » (Honneth, 2008 b, p. 51) et s'inscrit dans la communauté comme acteur « moralement responsable de ses actes » (Honneth, 2008 b, p. 52). Elle favorise ainsi le respect de soi. La reconnaissance de droit est plus généralisée que la reconnaissance affective.

Enfin, Honneth définit la reconnaissance éthique qu'Alain Caillé nomme « coopération sociale » ou « division du travail » (Caillé, 2007, p. 10) permettant à l'individu d'être reconnu et considéré dans ses particularités individuelles. Par cette forme éthique de reconnaissance, l'individu peut se percevoir dans sa singularité comme étant irremplaçable par les qualités qui lui sont propres. Il développe ainsi son estime de soi.

2.3 La reconnaissance en psychologie du travail

Dans le cadre du travail, la reconnaissance, selon Dejours, est produite par deux types de jugements. D'une part, le jugement d'utilité, d'autre part, celui de beauté.

Le jugement d'utilité est une « évaluation utilitariste » (Dejours, 2005, p. 60) de l'activité réelle par rapport à ce qui était prescrit. En ce sens, ce type de jugement est essentiellement donné par la hiérarchie. A l'hôpital, le jugement d'utilité du cadre de santé envers le salarié pourra donc se manifester par la vérification de la validation des actes prescrits sur le plan de soins par exemple.

Le jugement de beauté, par la reconnaissance du travail accompli et conforme, permet de conférer à l'individu une « appartenance au collectif » (Dejours, 2005, p. 60). Par la conformité de son travail, l'individu devient un salarié comme un autre, présentant des qualités communes avec autrui. On retrouve alors la notion de reconnaissance de conformité qu'évoquaient André et Todorov. La notion d'appartenance à une équipe est très importante à l'hôpital. Il est primordial pour le soignant de se sentir intégré, par sa manière d'exécuter son travail, au reste de l'équipe soignante. Mais le jugement de beauté peut également aller au-delà de la reconnaissance de conformité en s'attachant à ce qui fait la « spécificité, l'originalité, voire le style du travail » (Dejours, 2005, p. 61). Nous nous rapprochons à nouveau de la reconnaissance de distinction que définissent André et Todorov. Selon Dejours, c'est cet aspect du jugement de beauté qui est « le plus prisé, celui qui de loin a le plus de valeur » (Dejours, 2005, p. 61). Il

permet à l'individu d'être reconnu dans sa singularité, dans son originalité, par ce qui fait de lui quelqu'un d'unique. Il n'est plus perçu comme un salarié comme un autre, mais bien comme un individu à part entière. Dans cette idée, le cadre de santé pourrait par exemple confier des missions à certains soignants en fonction de leurs qualités propres, en leur exprimant pourquoi il s'adresse particulièrement à eux pour cette tâche.

Nombreuses sont les études en santé du travail qui démontrent à quel point la reconnaissance a un impact fort dans la prévention des risques psychosociaux (Revillot, 2013). Revillot met en avant le fait que tout le monde n'est pas aussi à l'aise pour donner ou recevoir de la reconnaissance. Elle renvoie à la fois à soi et à l'autre et est comme « un trait d'union de la relation partenariale » (Revillot, 2013, p. S16). Il définit deux approches de la reconnaissance : La reconnaissance comme devoir et la reconnaissance comme éthique.

La reconnaissance comme devoir se base sur le postulat que l'homme existe à travers le regard de l'autre. Le salarié recherche alors une forme de légitimité via une approbation sociale (Revillot, 2013) et notamment celle de sa hiérarchie. Il se sent ainsi reconnu, légitime dans sa fonction, respecté, digne d'attention. Pour Honneth, « le contraire de la reconnaissance est le mépris » (Rongiconi, 2009, p. 49). Ainsi, sans reconnaissance de sa hiérarchie, le salarié ne se sent pas considéré et ne peut pas se sentir exister dans son travail. Il peut alors se percevoir insignifiant, indigne de toute forme d'intérêt, favorisant ainsi une forme de démotivation. Cette reconnaissance comme devoir peut donc devenir un modèle, voire une stratégie managériale par l'impact qu'elle peut avoir sur la production du salarié. Revillot dit ainsi que « la reconnaissance comme devoir vise l'efficacité du travail » (2013, p. S17). Honneth souligne alors le glissement de la reconnaissance, initialement idéologie de « l'épanouissement au travail » vers un outil d'efficacité, une « nouvelle force productive » (Rongiconi, 2009, p. 49). En effet, on peut facilement imaginer l'aspect inauthentique d'un manager, d'un cadre de santé, qui valoriserait le professionnel seulement lorsqu'il a besoin de lui confier une tâche à accomplir. Par ailleurs, si cette attitude était démasquée par le salarié, elle pourrait alors avoir l'effet inverse sur sa motivation.

La reconnaissance comme éthique s'intéresse davantage à l'individu derrière chaque salarié. Morin, cité par Revillot dit ainsi que « l'éthique pour autrui doit comprendre le besoin fondamental pour chaque sujet humain d'être reconnu, au sens hégélien du terme, c'est-à-dire reconnu comme sujet humain par un autre sujet humain » (2013, p. S17). Le manager doit alors s'intéresser à la spécificité de chaque salarié, de ce qui fait sa différence, son unicité, son

caractère irremplaçable. Cette forme de reconnaissance se rapproche d'une « reconnaissance d'estime de soi » (Revillot, 2013, p. S17).

2.4 Les 4 formes de reconnaissance au travail selon Brun

Selon Jean-Pierre Brun, professeur de management et directeur de la chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail à l'université Laval, Québec « la demande de reconnaissance est devenue une composante essentielle de la vie au travail » notamment par la place qu'occupe aujourd'hui l'activité professionnelle dans notre vie. « Le travail devient le lieu central de la quête de l'identité, de la création de sens et de la réalisation personnelle » (Brun, Dugas, 2002, p.7). C'est pourquoi la reconnaissance attendue au travail peut porter à la fois sur des revendications en termes de salaires ou de statut, mais également sur une volonté de se sentir respecté en tant qu'individu (Brun, 2008). Les collaborateurs cherchent ainsi à sentir qu'ils comptent, qu'ils ont de la valeur (Balducci, Penot, 2015). Les travaux de Maslow et Herzberg ont montré que « la reconnaissance, le respect et l'estime sont à la base de la motivation au travail » (Balducci, Penot, 2015, p. 228).

Brun s'est attaché à définir quatre dimensions principales de reconnaissance au travail.

2.4.1 La reconnaissance des résultats : approche comportementale

Ce type de reconnaissance se base sur le produit final, en termes d'atteinte d'objectifs, de résultats observables, mesurables, quantifiables. La reconnaissance des résultats se manifeste donc comme une récompense, qui peut prendre l'aspect d'une prime, d'une gratification, d'un courrier de remerciement ou encore d'un « pot » de fin de projet (Brun, 2008).

2.4.2 La reconnaissance de l'effort, de l'investissement : perspective subjective

Contrairement à la précédente, cette forme de reconnaissance est indépendante du résultat, se basant sur le principe que les résultats ne sont pas forcément proportionnels aux efforts fournis. On tient alors compte de l'engagement du salarié, des risques qu'il a pu prendre, de sa motivation, de son investissement dans le projet. Elle peut se manifester par des remerciements pour les efforts fournis, mais également par la délégation de certaines activités pouvant ainsi marquer la confiance que l'on peut avoir dans l'investissement que pourront avoir nos collaborateurs pour mener à bien une mission (Brun, 2008).

2.4.3 La reconnaissance des compétences : reconnaissance de la pratique

Elle porte sur la manière d'exécuter le travail en termes de comportement, de qualités ou de compétences. Il s'agit alors de « souligner un travail bien fait », de « valoriser les dimensions cachées du travail comme la créativité, l'innovation ou l'autonomie » (Brun, 2008). La manière de réaliser le travail est prise en compte et valorisée, ce qui est parfois difficile dans un travail réalisé en grande autonomie. En effet, un salarié travaillant de manière très autonome n'a pas besoin qu'un membre de la hiérarchie lui dicte sa conduite. En revanche, ses supérieurs ne pourront pas observer, ni signifier la qualité dans l'exécution de son travail. C'est ce que l'on peut observer dans certains services de santé, notamment pour les soins à domicile. Le cadre de santé n'étant pas présent physiquement avec les soignants lors de la réalisation des soins, il lui est difficile de valoriser la qualité de la réalisation du travail.

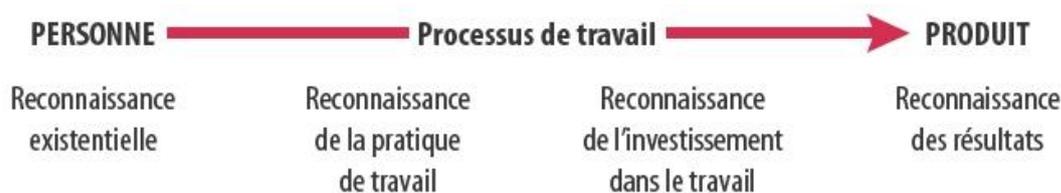
2.4.4 La reconnaissance existentielle : approche humaniste

Cette forme de reconnaissance s'intéresse à l'individu derrière chaque salarié. « Il s'agit en l'occurrence d'une reconnaissance a priori, c'est-à-dire d'une reconnaissance accordée d'emblée à chacun selon le principe d'égalité entre les êtres du fait de leur appartenance commune à l'humanité » (Brun, Dugas, 2005, p. 82). Cette reconnaissance de la personne donne à l'employé « l'impression d'exister aux yeux des autres et que ses besoins sont pris en considération ». Il se sent alors « respecté dans son intégrité et sa singularité » (Brun, Dugas, 2005, p. 82). Il s'agira alors de personnaliser et soigner sa relation avec les salariés. Cette approche s'exprime davantage dans l'informel, dans les échanges interpersonnels, de l'ordre du privé puisqu'elle s'adresse à un individu spécifique et non à l'ensemble des salariés. Ainsi, la manière pour le cadre de santé de saluer les salariés, de leur témoigner de l'intérêt, de les écouter sont des signes impactant fortement la reconnaissance existentielle.

D'autres moyens, plus formels, ont également été définis par Brun et Dugas (2002) comme favorisant cette reconnaissance personnelle. On y retrouve par exemple le fait d'informer régulièrement les salariés sur les objectifs et les stratégies du service ou de l'entreprise, d'aménager les horaires de travail autant que possible en fonction des besoins individuels, de faire participer les employés au développement de l'organisation, de leur déléguer certaines tâches, de leur permettre d'accéder à des programmes de formation...

Selon Brun et Dugas, la reconnaissance existentielle « devrait représenter le socle sur lequel s'appuient toutes les autres pratiques de reconnaissance » (2005, p. 82). On peut ainsi voir sur

le schéma suivant que la reconnaissance de la personne est le premier pallier de la reconnaissance au travail.



Le salarié, reconnu comme individu porteur d'intelligence, d'expertise sera valorisé pour ce qu'il est, ce qui favorisera le développement de l'estime qu'il a de lui-même. Ces personnes, valorisées, « s'engageront plus aisément de façon positive et solidaire dans leur travail » (Brun, Dugas, 2005, p. 81).

C'est en effet en agissant sur l'estime de soi que la reconnaissance existentielle prend son sens au sein d'une organisation.

3. L'estime de soi

Abraham Maslow définissait l'estime de soi comme « un besoin vital de priorité intermédiaire qui ne le cède en importance qu'aux besoins fondamentaux de la sécurité et des liens affectifs et qui a lui-même préséance sur l'accomplissement de soi » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 79). Ainsi, lorsque la personne a satisfait ses besoins physiologiques et sociaux primaires, elle nourrit son estime de soi par son accomplissement, ce qui lui permet de toucher du doigt « un sentiment de plénitude existentielle » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 79).

Le verbe estimer vient du latin « aestimare » qui signifie évaluer le prix d'une chose, apprécier⁵. On y retrouve à la fois la notion de déterminer la valeur d'un objet, d'un bien matériel et aussi la notion de porter un jugement, d'avoir une opinion sur une personne.

Ainsi, selon Bardou et Oubrayrie-Roussel, l'estime de soi représente « l'ensemble des sentiments et des attitudes que le sujet éprouve à l'égard de lui-même » (2014, p. 34), sous forme de jugements positifs ou négatifs. Coopersmith quant à lui rajoute à cette notion de

⁵ CNRTL, repéré à <http://www.cnrtl.fr/definition/academie9/estimer>

jugement personnel celle d'une expérience subjective « par l'évaluation que porte le sujet sur lui-même ». L'individu définit dans quelle mesure il se croit « capable, valable ou important » (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 100).

L'estime de soi, par le bien-être émotionnel et l'épanouissement relationnel qu'elle procure est aussi un « important facteur de résilience face à l'adversité » (André, 2013, p. 91). En effet, selon André (2002), le sentiment de bien-être et la stabilité émotionnelle d'une personne sont corrélés à son niveau d'estime de soi. Cette dernière est parfois comparée à un « système immunitaire du psychisme » qui nous protégerait des difficultés, de « l'adversité » (André, 2002). Elle participe à notre équilibre psychologique : une bonne estime de soi permet une action efficace et une résistance face aux difficultés de l'existence. En revanche, lorsqu'elle est faible, elle engendre de la souffrance qui vient impacter notre vie quotidienne (André, Lelord, 2008).

Ce sentiment d'estime de soi devient aujourd'hui une aspiration légitime de chacun pour résister à une société décrite comme toujours plus compétitive (André, 2013).

3.1 Les différentes approches du concept d'estime de soi

Les auteurs ayant travaillé sur l'estime de soi s'accordent sur l'importance du rôle parental dans le développement de cette dernière. Un amour inconditionnel, indépendant des performances de l'enfant, une disponibilité, de la tendresse sont essentiels au développement de l'estime de soi de l'enfant (Dolan, Arsenault, 2009). Par ailleurs, « l'une des meilleures sources d'estime de soi est le fait d'avoir des parents qui manifestent eux-mêmes une bonne estime de soi » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 83).

3.1.1 L'approche psychosociale

Selon cette approche, l'estime de soi serait la résultante du niveau de réussite et de compétences réel d'un individu, par rapport à ses aspirations. James considère ainsi qu'elle peut s'élever ou décliner en fonction de l'importance que l'on accorde aux domaines considérés (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014). Si on est mauvais dans une discipline à laquelle on accorde peu de valeur, l'impact sur l'estime de soi sera minime. En revanche, s'il s'agit d'un domaine qui nous paraît primordial, notre jugement sur nous-même sera beaucoup plus dévalorisant, diminuant ainsi l'estime que l'on se porte à soi-même.

Cooley, inspiré des travaux de James, pense quant à lui que l'estime de soi trouve son origine dans la manière dont on pense que les autres nous perçoivent (Balducci, Penot, 2015) : « As we

have seen, the self that is most importunate is a reflection, largely, from the minds of others »⁶ (Cooley, 1902, p. 246). L'Autre serait alors un miroir de soi (« looking glass self »), déterminant la valeur de l'individu par la façon dont il peut être perçu par autrui (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 107). Langlois partage cette vision de Cooley en écrivant que l'homme « construit sa propre valeur à partir de la valeur que l'autre lui accorde » (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 135).

3.1.2 L'approche psychanalytique

Selon Freud, l'estime de soi trouverait son origine dans la plus tendre enfance, lors des premiers liens entre le bébé et son entourage familial. Ces liens mettent en jeu un processus pulsionnel autour des images de soi renvoyées par les parents, et un processus « somato-psychique où l'image de soi se construit à partir de l'image du corps » (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 110). L'approche freudienne rejoint ensuite celle de James en considérant que l'estime de soi reflète les « sentiments de satisfaction qu'un individu a pour lui-même », correspondant à la « relation entre l'image de soi et l'image idéale de soi » (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 110). Elle est ainsi dépendante de l'idéal que l'on peut se fixer à soi-même, selon l'importance que l'on peut accorder aux différents domaines investis.

3.1.3 L'approche psychologique

- Interactionniste :

Cette approche accorde une place particulière aux interactions sociales sur la construction de l'estime de soi d'un individu.

Harter a combiné les modèles de James et Cooley en soulignant les « effets conjoints de la perception de compétences et du soutien social » (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 112). Il considère que l'estime de soi dépend à la fois des compétences que l'on a dans un secteur donné, de l'importance qu'on y accorde, et du feedback des personnes qui nous entourent.

- Théories phénoménologiques :

Ces théories affirment l'importance de l'Autre dans la formation du soi. A l'instar de Cooley, Rodriguez-Tomé considère que la représentation que l'on peut se faire de soi-même découle de l'interaction que l'on a avec autrui. Ziller perçoit l'estime de soi comme la représentation que

⁶ « Comme nous l'avons vu, le Moi qui est le plus importun est un reflet, en grande partie, de l'esprit des autres » [Notre traduction]

l'on se fait de sa propre personne, de sa valeur au sein d'un contexte social, qui pourra faire évoluer l'image de soi (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 115). La construction de soi passe par le regard que les autres portent sur soi et « chacun se voit comme il imagine que les « personnes significatives » de son entourage le perçoivent » (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014, p. 135).

Si Rosenberg perçoit l'estime de soi comme un élément unidimensionnel correspondant à une évaluation globale de soi, l'approche la plus fréquente actuellement est une approche multidimensionnelle de l'estime de soi (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014). Harter considère ainsi que l'estime de soi évolue « à travers une série indépendante d'éléments » (Harter, 1994, p. 78).

3.2 La structure de l'estime de soi

Selon André et Lelord (2008), l'estime de soi « repose sur trois ingrédients » que sont la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. C'est l'harmonie entre ces trois éléments qui favorisera une bonne assise de l'estime de soi.

3.2.1 L'amour de soi

L'amour de soi est, pour André et Lelord, « le socle de l'estime de soi, son constituant le plus profond et le plus intime » (2008, p. 17). Pendant longtemps, l'humilité était préférée à un amour de soi développé, à l'image de ce que pouvait écrire Kant « l'amour de soi, sans être toujours coupable, est la source de tout mal » (André, 2013, p. 90). Aujourd'hui, nos sociétés prônent l'individu, le soi, dans un monde où l'environnement est toujours en mouvance.

Si l'estime de soi implique un jugement sur soi-même, l'amour de soi est inconditionnel et ne dépend pas de nos performances. Il nous fait sentir que l'on est digne d'amour et de respect (André, Lelord, 2008). Branden le définit sous le terme de respect de soi comme « la certitude d'avoir droit au bonheur et, par extension, la conviction que chacun est digne du respect, de l'amour et de l'accomplissement de soi qu'il vit » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 80). C'est cet amour, ce respect de soi qui permet entre autres, la résilience, la capacité à affronter l'adversité et à se reconstruire après un échec (André, Lelord, 2008).

L'amour de soi trouve son origine en grande partie dans la sphère familiale, dans les relations affectives qui ont été prodiguées à l'enfant. Une mauvaise estime de soi liée à une carence en amour de soi est difficile à rattraper et peut provoquer ce que l'on appelle des « troubles de la personnalité » (André, Lelord, 2008).

3.2.2 La vision de soi

La vision de soi est plus subjective que l'amour de soi puisqu'il s'agit du regard que l'on porte sur soi-même en fonction de la perception que l'on a de nos qualités et nos défauts. Elle tient en ce que l'on connaît de soi, de ses capacités ou de ses limites et en la façon dont on se perçoit. Il existe parfois des écarts importants entre la réalité et nos convictions sur nous-mêmes, pouvant se manifester sous la forme de complexes, non compris par des personnes extérieures (André, Lelord, 2008).

Ce regard sur nous-même trouve son origine dans « notre environnement familial et, en particulier, aux projets que nos parents formaient pour nous » (André, Lelord, 2008, p. 18).

Si une vision positive de soi permet, à l'instar de l'amour de soi, de résister à l'adversité, une vision plus négative pourra pousser l'individu à une forme de dépendance vis-à-vis d'autrui (André, Lelord, 2008).

3.2.3 La confiance en soi

A la différence d'André et Lelord, Axel Honneth considère que la confiance en soi constitue la base « du développement de toutes les autres formes du respect de soi » (Honneth, 2008 b, p. 51). Elle est une forme d'« assurance émotionnelle liée au corps » (Honneth, 2008 b, p. 51) et correspond au fait de se « considérer comme efficace », d'avoir « confiance en sa capacité de réfléchir, d'apprendre, de faire les bons choix, de prendre les bonnes décisions et, par extension, de relever des défis et de produire des changements » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 80). André (2002) souligne qu'il s'agit d'un sentiment subjectif s'appliquant surtout à nos actes et qui nous fait nous sentir capable ou non de réussir ce que l'on entreprend, notamment dans les situations importantes.

La confiance en soi trouve son origine principalement dans le mode d'éducation que nous avons reçu, dans la sphère familiale ou scolaire. Elle nous permet de ne pas craindre de manière démesurée l'inconnu ou l'adversité (André, Lelord, 2008).

Ces trois composantes de l'estime de soi sont interdépendantes. Ainsi, « l'amour de soi (se respecter (...), écouter ses besoins et ses aspirations) facilite incontestablement une vision positive de soi (croire en ses capacités, se projeter dans l'avenir) qui, à son tour, influence

favorablement la confiance en soi (agir sans crainte excessive de l'échec et du jugement d'autrui) » (André, Lelord, 2008, p. 21).

Après avoir tracé les contours d'une définition de ce qu'est l'estime de soi, nous pouvons nous questionner sur son influence sur nos actions du quotidien. Quelles sont les conséquences d'une bonne ou d'une mauvaise estime de soi sur notre vie ?

3.3 Influence de l'estime de soi sur notre vie quotidienne

3.3.1 Conséquences d'une bonne estime de soi

Des études scientifiques ont montré qu'une bonne estime de soi influait positivement sur la réussite de notre vie (Bardou, Oubrayrie-Roussel, 2014) par son influence sur certains paramètres de notre personnalité.

- L'auto-efficacité :

Dolan et Arsenault (2009, p. 81)) considèrent que le sentiment d'auto-efficacité est lié à celui d'estime de soi. Selon Bandura :

Not only can perceived self-efficacy have directive influence on choice of activities and settings, but, through expectations of eventual success, it can affect coping efforts once they are initiated. Efficacy expectations determine how much effort people will expend and how long they will persist in the face of obstacles and aversive experiences. The stronger the perceived self-efficacy, the more active the efforts⁷ (Bandura, 1977, p. 194).

André (2002), à l'instar de Bandura, considère que les sujets à haute estime de soi « persévèrent davantage face à des obstacles ». Il décrit également ces sujets comme capables de prendre « plus rapidement la décision d'agir ». Ainsi, en plus de la facilité d'engagement dans l'action, une bonne estime de soi permettrait une autoévaluation « plus fiable et plus précise » associée à une « stabilité émotionnelle plus grande » (André, 2013, p. 91).

Selon Carillo, cette stabilité émotionnelle permet aux individus possédant une bonne estime d'eux-mêmes de « réaliser des projets à fortes contraintes et dont les bénéfices ne seront qu'à

⁷ Non seulement l'auto-efficacité perçue peut avoir une influence directe sur le choix de nos activités et notre mode de vie, mais elle peut aussi, à travers l'attente de succès éventuels, influencer sur nos efforts d'adaptation une fois qu'ils sont initiés. Les attentes en termes d'efficacité déterminent l'intensité des efforts que les individus seront prêts à fournir, et leur capacité à résister aux obstacles et à l'adversité dans la durée. Ainsi, plus notre sentiment d'auto-efficacité sera fort, plus les efforts fournis seront importants. [Notre Traduction]

long terme » (2011, p. 60). Ces sujets sont également dotés de meilleures capacités adaptatives, savent prendre des initiatives et sont moins inquiets des risques d'échec (Carillo, 2011).

Si une bonne estime de soi favorise l'auto-efficacité, et l'adaptation dans l'action, elle permet également de mieux s'adapter au stress.

- La résistance au stress :

Selon Carillo, l'estime de soi « accroît la capacité à s'adapter aux situations de stress » (2011, p. 59). Elle l'explique notamment par le fait que les individus à bonne estime de soi ont moins peur de l'échec, et lorsqu'ils y sont confrontés, sont moins déstabilisés et sur « une durée plus courte » (2011, p. 60). Ainsi, plus enclin à l'action, ces personnes rumineront moins leur échec et entreprendront plus rapidement de « nouvelles actions pour corriger (leurs) erreurs » (Carillo, 2011, p. 60).

- La résilience :

Enfin, Dolan et Arsenault estiment que l'estime de soi favorise la résilience, qu'ils définissent comme « l'aptitude à se projeter dans l'avenir malgré des événements déstabilisants, des conditions difficiles ou, parfois, des traumatismes graves » (2009, p. 81). L'estime de soi « accroît alors la résistance, la force et la capacité de régénération face aux traumatismes de la vie » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 107).

Si l'estime de soi positive favorise l'action, l'efficacité et la résistance au stress ou aux aléas de la vie, la mésestime de soi peut avoir des conséquences importantes.

3.3.2 Conséquences d'une mauvaise estime de soi

« Une fois que ma décision est prise, j'hésite longuement »⁸ écrivait Jules Renard. La mésestime de soi a en effet des conséquences sur l'engagement dans l'action.

- La difficulté d'engagement dans l'action :

La prudence voire la réticence dans l'action caractérisent davantage les sujets à faible estime de soi. Les difficultés les arrêtent, ils hésitent et tergiversent, ils ont tendance à la procrastination avec une certaine propension au défaitisme et aux renoncements (André, 2004). Une des hypothèses d'André et Lelord en 2008 est que ces individus sont « persuadés que les bonnes solutions ne se trouvent pas en eux, mais chez les autres » (p. 31), ce qui les pousse à passer du

⁸ Repéré à <http://evene.lefigaro.fr/citation/fois-decision-prise-hesite-longuement-17907.php>

temps à observer les autres pour reproduire les actions à l'identique, sans se pencher sur leurs propres capacités. Les personnes à faible estime de soi se considèrent alors inaptes à améliorer, seules, la situation.

- La dépréciation :

Selon André, « le regard que portent sur elles-mêmes les personnes à basse estime de soi est souvent d'une sévérité extrême » (2004, p. 5). Ces personnes sont souvent empreintes de doutes, ce qui les rend plus « influençables et dépendantes de l'avis et du jugement d'autrui » (André, 2004, p. 5). Elles sont ainsi plus vulnérables et réagissent moins bien aux échecs, aux critiques, à l'adversité. Ces individus sont incapables de percevoir leurs réelles potentialités et les minimisent en permanence, développant un « besoin éperdu d'approbation et de reconnaissance » par les autres (André, 2004, p. 5).

- L'augmentation du stress :

Ainsi, « le manque d'estime de soi jette l'individu dans un labyrinthe sans issue de stress et d'inadaptation » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 108). En effet, ces sujets ont tendance à avoir des affects de base plus négatifs et font « moins d'effort pour « se remonter le moral » après un revers » (André, 2002). La rumination des échecs dure alors plus longtemps, et la crainte d'une nouvelle déconvenue est majorée, favorisant l'apparition d'un stress négatif et beaucoup plus chronique. Par ailleurs, ces sujets craignent davantage le regard des autres, se sentant jugés en permanence, ce qui favorise un état de stress (André, Lelord, 2008). Enfin, l'insécurité dans laquelle se trouvent ces personnes produit un surcroît de stress par l'énergie utilisée à se rassurer dans chaque situation (Dolan, Arsenault, 2009).

Si une bonne ou une mauvaise estime de soi trouve son origine dans l'enfance, généralement au sein de la cellule familiale, l'étude de Andrews et Brown de 1995 a montré que des modifications de son estime de soi pouvaient intervenir à l'âge adulte, surtout lorsqu'elle est faible à l'origine. Cette étude leur a alors permis d'établir une corrélation entre « l'augmentation de l'estime de soi et une amélioration des relations interpersonnelles et du statut professionnel » (André, Lelord, 2008, p. 231).

3.4 L'estime de soi organisationnelle

Aujourd'hui, l'estime de soi est devenue « un critère d'efficacité individuelle et collective » (Balducci, Penot, 2015, p. 16).

L'estime de soi organisationnelle est un concept récent qui s'intéresse à l'estime de soi de chacun des membres d'une entreprise selon le principe suivant : « l'estime de soi d'une organisation dépend de celle des personnes qui la composent » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 249). Dans la difficulté économique actuelle, dans l'instabilité du monde du travail, une entreprise se doit d'avoir une bonne estime de soi.

Par la capacité d'adaptation qu'elle permet, l'estime de soi peut être un véritable atout dans le monde professionnel. La personne est alors plus ouverte aux « processus de désapprentissage et de changement, deux facteurs absolument nécessaires à l'adaptabilité organisationnelle dans un environnement complexe » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 115). De plus, une bonne estime de soi favorise la prise d'initiative, l'amabilité, ainsi que la productivité créative favorisant le développement d'une entreprise (Dolan, Arsenault, 2009). En revanche, une mauvaise estime de soi pourra représenter un handicap pour l'entreprise, par la difficulté que présentera la personne à atteindre certains objectifs, notamment du fait de sa moindre persévérance, mais aussi par la perception de son incapacité à bien faire les choses. « Il est fondamental pour l'efficacité d'une organisation que les gens qui la forment aient un niveau d'estime de soi adéquat » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 115).

Dans ce cadre, le rôle du manager est incontournable. Son mode de management pourra directement influencer sur l'estime de soi de ses salariés.

Tout d'abord, pour favoriser une bonne estime de soi des membres d'une organisation, il faut un solide leadership. Un cadre qui n'aurait pas une bonne estime de lui, qui serait stressé, pressé, se fatigue autant qu'il fatigue son entourage (Dolan, Arsenault, 2009, p. 253). Il est donc nécessaire de pouvoir montrer l'exemple, en affichant une certaine assurance, une certaine estime de soi.

Un lien de confiance authentique entre les dirigeants et les salariés sera à créer, notamment par le respect et la reconnaissance que le cadre pourra avoir envers chacun des membres, leur autonomisation et la mise en valeur de tout leur potentiel (Dolan, Arsenault, 2009).

Le manager devra également favoriser l'esprit d'équipe, en développant des temps de rencontre informels (André, Lelord, 2008). Il favorisera l'accès à la formation afin de développer les compétences individuelles, il échangera avec l'équipe autour des informations relatives au service, en valorisant les salariés pour leur investissement... (André, Lelord, 2008). Il s'attachera à proposer le « meilleur équilibre possible entre le travail et les autres aspects de leur vie privée » (Dolan, Arsenault, 2009, p. 252).

Les éléments proposés ici par ces auteurs pour aider le manager à favoriser l'estime de soi organisationnelle sont identiques à ceux proposés par Brun et Dugas (2002) sous les termes de reconnaissance existentielle. On y retrouve effectivement les notions d'information des salariés sur les objectifs et stratégies du service, d'accès aux programmes de formation, d'échanges informels, de management participatif, d'aménagement des horaires de travail...

Le cadre, en favorisant la reconnaissance existentielle de ses salariés permet alors d'augmenter l'estime qu'ils ont d'eux-mêmes et ainsi, d'améliorer l'estime de soi organisationnelle.

Méthodologie

1. Objectifs de la recherche

L'objet de cette recherche est de permettre de répondre à mes hypothèses en allant sur le terrain, « au contact direct avec les gens ou avec un échantillon des gens dont les caractéristiques, les comportements ou les attitudes constituent l'objet de la recherche » (Festinger, Katz, 1974, p. 24). Si la recherche en sciences sociales, s'intéressant à l'homme et à ses comportements, ne permet pas d'établir de vérités définitives comme en physique ou en biologie, elle permet toutefois d'établir des connaissances scientifiques en se basant sur des « cadres théoriques et méthodologiques explicites », étayés par une « observation de faits concrets » (Van Campenhoudt, Quivy, 2011, p. 11).

Les hypothèses auxquelles je souhaite apporter une réponse par cette recherche sont les suivantes :

- H1 : La proximité du cadre de santé avec l'équipe soignante favorise la reconnaissance existentielle de celle-ci.
- H2 : Le sentiment de reconnaissance des soignants est davantage lié à la proximité subjective du cadre de santé, qu'à sa proximité physique.
- H3a et H3b : Le besoin et le type de reconnaissance attendus par les soignants diffèrent avec leur niveau de qualification.

2. Choix de la méthode

La formulation de mes hypothèses suggère la présence d'un lien entre deux variables distinctes. Ce type de formulation m'oriente donc vers une enquête par questionnaires qui « vise la vérification d'hypothèses théoriques et l'examen de corrélations que ces hypothèses suggèrent » (Van Campenhoudt, Quivy, 2011, p. 167). Le questionnaire me permettra donc de vérifier s'il existe bien un lien entre la proximité du cadre et la reconnaissance de l'équipe soignante, s'il existe un lien plus fort selon que l'on parle de proximité subjective ou proximité physique, et si le niveau de qualification a une influence sur le besoin de reconnaissance.

3. Choix de la population

La population cible de mon étude est celle des soignants, encadrés par un cadre de santé.

Afin d'observer l'impact de la proximité du cadre de santé sur leur sentiment de reconnaissance, j'ai choisi d'exclure les soignants travaillant au domicile du patient, en autonomie (HAD, CMP), n'ayant pas ou peu de contacts directs avec leurs cadres de santé. Pour les mêmes raisons, j'ai exclu de mon étude les soignants travaillant de nuit, puisqu'ils sont généralement encadrés « à distance » par des cadres de jour. Mon choix de population cible s'est donc porté sur les soignants en intra-hospitalier, encadrés par des cadres de santé diplômés (et non des faisant fonction cadres de santé ou infirmières coordinatrices, de manière à limiter les biais d'analyse).

J'ai également choisi d'interroger les cadres de santé des unités où je déposais des questionnaires à destination des soignants. Cela me permettait d'inclure des questions relatives aux contraintes institutionnelles (nombre d'unités gérées par le cadre, présence ou non du bureau dans l'unité) non présentes dans les questionnaires soignants, afin de limiter les biais de réponses par la suggestion de la présence ou l'absence physique du cadre de santé dans l'unité.

Par ailleurs, ce double recueil me permettra de comparer les réponses des cadres et des soignants quant à leur sentiment de proximité du cadre et de reconnaissance des équipes soignantes.

4. Choix des variables

Pour la première et la deuxième hypothèse, la variable indépendante est celle de la proximité du cadre, et la variable dépendante, celle de la reconnaissance existentielle des soignants.

Pour la troisième hypothèse, la variable indépendante sera celle du niveau de qualification des soignants et la variable dépendante, celle de leur besoin de reconnaissance.

4.1 La proximité du cadre

Cette variable est déclinée en deux critères :

- La proximité physique du cadre, davantage liée à l'organisation institutionnelle.
- La proximité subjective du cadre, davantage à l'initiative du cadre lui-même.

La proximité physique est étudiée selon les indicateurs suivants : nombre d'unités gérées par le cadre de santé et présence ou non du bureau du cadre dans l'unité de soin pour le questionnaire à destination des cadres uniquement. La présence du cadre dans l'unité est questionnée dans les deux outils de recueil (cadres et soignants). Cette question de la présence du cadre aurait pu se trouver à la fois dans la proximité physique et subjective. J'ai choisi de l'intégrer au critère

physique en la rattachant aux réunions, commissions diverses et groupes de travail auxquels les cadres sont fortement conviés par l'institution.

La proximité subjective est étudiée selon les indicateurs suivants, pour les deux questionnaires : disponibilité du cadre, participation du cadre aux transmissions, porte du bureau du cadre ouverte. Le questionnaire adressé aux soignants comporte également une question sur le tutoiement ou vouvoiement du cadre à leur égard, et leur manière de lui répondre à l'identique ou non.

4.2 La reconnaissance existentielle

Afin de définir des indicateurs de reconnaissance existentielle, je me suis servie des travaux de Brun et Dugas en 2002 et 2005 définissant des formes et des pratiques de reconnaissance existentielle selon le type d'interaction au sein d'une organisation.

Ainsi, au regard des propositions des auteurs pour les interactions verticales et organisationnelles, j'ai choisi les indicateurs suivants, qui figurent dans les deux questionnaires : prise en considération des demandes de formation des agents, consultation des soignants par leur hiérarchie lors des prises de décision importantes pour le service, présence d'échanges informels réguliers, autorisation d'une flexibilité des horaires des soignants selon les besoins individuels, présence de missions ou activités confiées par le cadre à l'équipe.

4.3 Autres indicateurs

Afin de mesurer l'importance de la reconnaissance de la part de la hiérarchie aux yeux des soignants, j'ai défini 7 thématiques pouvant favoriser la qualité de vie au travail, que les soignants doivent classer par ordre de priorité. Ainsi, en plus de la reconnaissance de la part de la hiérarchie, on trouve la présence de locaux fonctionnels, de bonnes relations entre collègues, un bon salaire, de la reconnaissance de la part des patients, du bon matériel, et se retrouver dans les valeurs de l'établissement.

Par ailleurs, et pour vérifier si la reconnaissance existentielle est l'attendu premier des soignants, je leur ai demandé de classer par ordre de priorité les 4 formes de reconnaissance définies par Brun sous les termes suivants : « avoir un salaire ou des primes satisfaisants (reconnaissance des résultats) », « avoir une reconnaissance des efforts fournis », « être reconnu en tant qu'individu et pas seulement en tant que salarié (reconnaissance existentielle) », « que les compétences dans le travail soient reconnues ».

Enfin, et de manière à pouvoir mettre en perspective les résultats des questions précédentes, j'ai défini des indicateurs relatifs à la profession de l'enquêté, son âge, son sexe, son ancienneté.

5. Le questionnaire

5.1 Méthodologie de recueil envisagée

Afin de pouvoir recueillir un nombre important de questionnaires, sans trop désorganiser le travail des soignants, j'ai choisi de réaliser un questionnaire court, qui puisse être rempli en quelques minutes, idéalement lors du temps de transmission inter-équipes du midi de manière de réunir un maximum de soignants.

J'ai souhaité pouvoir réaliser moi-même le recueil de données, car la diffusion par les cadres de santé de ce questionnaire, qui concerne la représentation du cadre de santé par le soignant, présentait un biais très important. En effet, les soignants auraient pu craindre que leurs réponses ne soient lues par le cadre de santé et ainsi, ne pas répondre librement. Ma présence lors du remplissage pouvant également représenter un biais, je souhaitais présenter le questionnaire aux soignants au début des transmissions inter-équipe, m'éclipser le temps des transmissions pour leur laisser le temps de répondre, et venir récupérer les documents à la fin de l'inter-équipe.

Pour introduire le questionnaire, j'ai réalisé un en-tête présentant mon outil de recueil, indiquant que je réalisais un mémoire sur le thème de la qualité de vie au travail, de manière à ne pas influencer les soignants sur le thème de la reconnaissance. L'anonymat des réponses, et l'absence de retour à leur hiérarchie y étaient également précisés.

5.2 La phase de test du questionnaire

Les premiers questionnaires papiers (soignants et cadres de santé) que j'ai réalisés ont été testés sur 22 soignants, dont 15 collègues de promotion. Cela m'a permis de définir la durée moyenne de remplissage, soit 3 minutes. Par ailleurs, au regard des réponses obtenues, j'ai précisé les énoncés de mes questions de manière à les rendre plus compréhensibles. Enfin, j'ai décidé de supprimer la possibilité pour le soignant de rajouter un champ « autres » sur la question relative aux éléments favorisant la qualité de vie au travail, car il rendait généralement le questionnaire inexploitable, les soignants ne remplissant alors pas les autres champs.

5.3 Difficultés rencontrées

5.3.1 Difficultés relatives à l'outil de recueil

Afin de gagner en finesse sur l'analyse des résultats, et sur les conseils d'universitaires, j'ai utilisé des échelles de Likert, en 5 points de degré d'accord pour une partie de mes questions. Dans l'idée d'objectiver au maximum les réponses des soignants, j'ai également utilisé pour

certaines questions des échelles de fréquence en 5 points. Si cela m'a sans doute permis de limiter la subjectivité des réponses, cela a été une réelle problématique lors de l'analyse de mes données, ne pouvant pas traiter ensemble des réponses sur des degrés d'accord et des réponses sur des fréquences. Il m'a donc fallu les traiter distinctement, ce qui ne m'a pas permis d'obtenir la réponse globale que j'avais souhaité pour ma première hypothèse. De plus, la présence de modalités de réponses binaires sur les indicateurs de proximité a nécessité que je binarise tous mes autres indicateurs de proximité, perdant ainsi la finesse d'une échelle en 5 points. Lors d'un prochain travail, je m'attacherai à l'uniformisation des modalités de réponse, afin de rendre l'analyse de mes données plus pertinente.

Par ailleurs, l'échelle de Likert, comme l'échelle de fréquence, analysée en 5 points, suppose un écart sémantique identique d'une modalité de réponse à une autre. Ainsi, on considère l'écart identique entre deux propositions, ce qui constitue un biais en soi.

Lors du remplissage du questionnaire, j'ai proposé aux soignants, dans l'énoncé de mes questions, de cocher la case qui leur semblait correspondre à leur ressenti. Il aurait été plus judicieux de leur demander d'entourer la réponse qui leur convenait, de manière à éviter la possibilité de mettre des croix entre deux réponses, ce qui a invalidé 3 questionnaires.

La question relative aux éléments favorisant la qualité de vie au travail a été réalisée sous forme de tableau, dans lequel les soignants devaient réaliser un classement par priorité de 1 à 7, de l'élément qui leur semblait le plus important pour la qualité de vie au travail à l'élément le moins important. C'est cette question qui a généré le plus fort taux de questionnaires non exploitables (17 au total) par la mauvaise compréhension de la consigne. Certains soignants ont seulement coché les réponses qui leur paraissaient importantes, sans prioriser. D'autres, n'ayant pas compris que chaque item devait obtenir un degré de priorité différent, ont noté plusieurs fois la même valeur. Enfin, certains ont bien priorisé les items, mais sans aller jusqu'à 7, ne codant que ceux qui leur semblaient réellement importants. Lors du recueil des questionnaires, j'ai pu observer de nombreuses ratures, la présence de correcteur blanc, laissant penser que la réponse à cette question était complexe.

5.3.2 Difficultés relatives à la diffusion du questionnaire

Une fois les questionnaires testés et modifiés, il m'a fallu solliciter les autorisations des directions des soins de différents établissements de santé, afin de pouvoir les diffuser auprès des soignants.

J'ai ainsi sollicité 6 directions des soins d'établissements du département entre le 27 février et le 3 mars 2017. Trois établissements ne m'ont jamais répondu. J'ai appris par la suite qu'un des établissements que j'avais sollicité était actuellement audité sur une problématique de qualité de vie au travail. Un établissement m'a signifié son refus au bout d'une semaine, m'expliquant que les soignants de leur établissement étaient déjà trop sollicités par diverses enquêtes.

L'hôpital au sein duquel je suis salariée m'a accordé une réponse positive rapide, me laissant libre choix des unités à interroger, ce qui m'a permis de débiter la diffusion des questionnaires.

Enfin, le dernier établissement m'a répondu positivement près d'un mois après ma demande, me permettant également d'aller interroger les équipes de mon choix, à la condition de ne pas surcharger de travail les cadres et les équipes soignantes.

Dans l'attente de la réponse du dernier établissement de santé, et afin d'optimiser le temps et le nombre de réponses, j'ai réalisé un questionnaire informatisé via « Google Forms® », que j'ai soumis aux soignants de mon réseau. J'ai ainsi pu obtenir 26 réponses de soignants de métiers et régions différents, mais d'une classe d'âge relativement similaire.

Concernant les modalités de distribution des questionnaires, elles n'ont pas toujours été conformes à la méthodologie que j'avais envisagée. En effet, certains cadres voire cadres supérieurs de santé, ont tenu à distribuer eux-mêmes les questionnaires à leurs équipes, pouvant ainsi créer un biais de réponse des soignants importants. Ce fut le cas pour 5 des 20 unités interrogées.

Dans les unités où j'ai pu réaliser la méthode de recueil envisagée, sans la sollicitation des cadres de santé, 2 cadres m'ont ensuite demandé s'ils pouvaient obtenir des informations quant aux réponses de leurs salariés, ce que j'ai refusé au regard de la garantie de non diffusion que j'avais faite aux soignants interrogés.

5.4 Retour des questionnaires

A l'issue du recueil de données, ce sont 191 questionnaires soignants (dont 165 sur les 2 établissements hospitaliers m'ayant donné l'autorisation de diffuser le questionnaire) et 19 questionnaires cadres qui ont été récupérés.

Si les établissements de santé ont été réticents à me laisser diffuser ce questionnaire sur la qualité de vie au travail, les soignants quant à eux ont répondu massivement, au-delà de mes attentes. J'avais en effet envisagé un retour d'environ 90 à 100 questionnaires, en espérant un taux de retour de 30 à 40%. Finalement, sur mon établissement d'origine, le taux de retour a été

de 86%, et dans le deuxième hôpital, de 76%. La thématique de ce travail a intéressé les professionnels de santé, et l'absence de délai de réponse laissé aux soignants a contribué à ce fort taux de retour.

Enfin, sur les 191 questionnaires soignants, 166 sont exploitables, soit un taux de 87%.

L'analyse portera donc sur les 166 questionnaires exploitables.

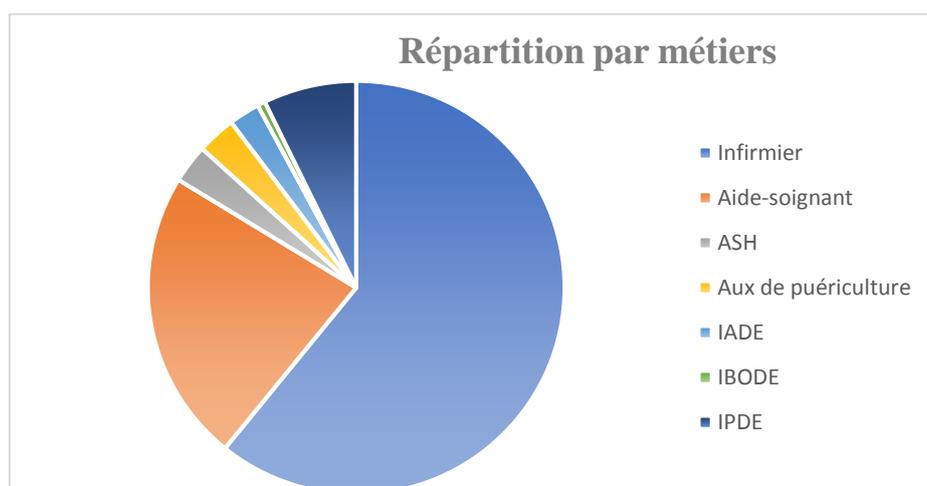
Analyse des résultats

1. Description de la population

La population que j'ai interrogée se compose de 7 professions différentes (tableau 1).

Tableau 1 - répartition par métiers de la population interrogée

ASH	Aide-soignant	Auxiliaire de puériculture	Infirmier	IBODE	IADE	IPDE ⁹
5	38	4	101	1	4	12



Il y a 139 femmes pour 27 hommes, soit 80,58% de femmes et 19,42% d'hommes. Le pourcentage d'hommes dans ma population est supérieur au pourcentage national (13,23% en 2015)¹⁰ probablement en lien avec l'important recueil de données réalisé en hôpital spécialisé en santé mentale, où les hommes sont plus présents.

96% des questionnaires ont été recueillis au sein de la ville de Rennes. Les 7 autres soignants travaillent à St Malo, Villenave d'Ornon, Tours, Paris, Granville, Saint Grégoire et Vitré.

⁹ IBODE : Infirmière de Bloc Opératoire Diplômée d'Etat

IADE : Infirmière Anesthésiste Diplômée d'Etat

IPDE : Infirmière Puéricultrice Diplômée d'Etat

¹⁰ <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2510>

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 25-34 ans (tableau 2). La tranche majoritaire d'années d'exercice est celle de plus de 20 ans (tableau 3).

Tableau 2 - Répartition de la population par tranche d'âge

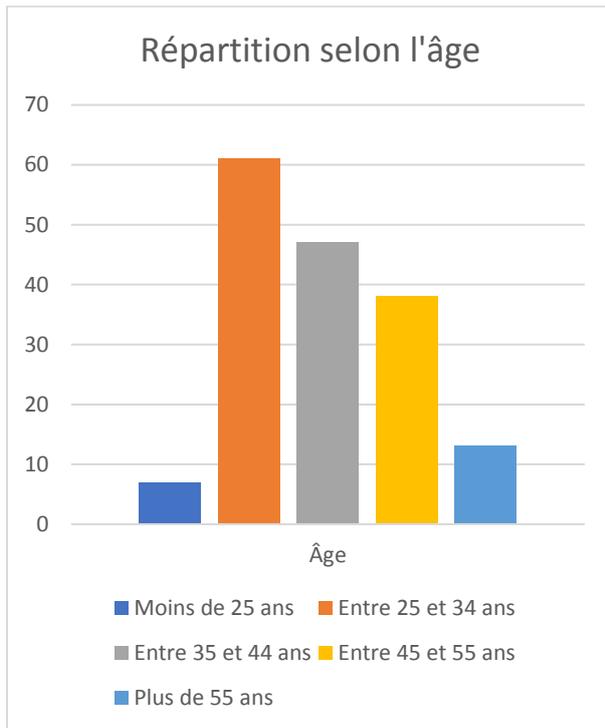
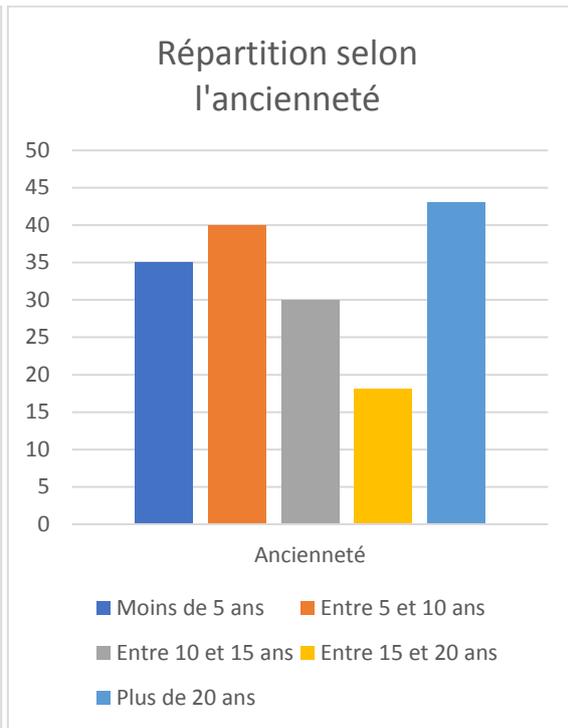


Tableau 3 - Répartition de la population selon l'ancienneté



J'ai également interrogé les cadres de santé des unités dans lesquelles j'ai déposé mes questionnaires soignants. Il a été intéressant de croiser les réponses des cadres avec celles de leurs équipes (annexe C). Si, sur les questions relatives à leur proximité, les cadres ont eu un jugement très similaire à celui des équipes soignantes, pour les questions liées à la reconnaissance des équipes l'écart s'est fait beaucoup plus important. En effet, sur ces questions, les cadres s'évaluaient « plus reconnaissants » que les équipes ne le ressentaient. Les écarts les plus marqués concernaient la question de la consultation des équipes par la hiérarchie pour les prises de décisions importantes, de la prise en considération des demandes de formation et de la présence d'échanges informels réguliers entre le cadre et les soignants.

2. Première hypothèse

De manière à répondre à l'hypothèse : La proximité du cadre de santé avec l'équipe soignante favorise la reconnaissance existentielle de celle-ci, j'ai créé 4 groupes distincts au sein de ma population, en dissociant deux types de proximité. La proximité « institutionnelle », n'étant pas du ressort du cadre, comprend les indicateurs du nombre d'unités gérées par le cadre de santé et sa présence physique dans l'unité. La proximité « subjective » regroupe les indicateurs de disponibilité, de participation aux transmissions et de porte du bureau ouverte. Pour les raisons expliquées précédemment, il m'a fallu binariser les résultats à ces questions. J'ai ainsi obtenu 4 groupes :

- Le groupe 1 ($N=45$) regroupe les individus ayant renseigné une forte proximité institutionnelle ainsi qu'une forte proximité subjective de leur cadre de santé (groupe codé « Prox Globale Elevée »).
- Le groupe 2 ($N=21$) correspond à une forte proximité institutionnelle et une faible proximité subjective (groupe codé « Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible »).
- Le groupe 3 ($N=51$) réunit les répondants ayant rapporté une faible proximité institutionnelle mais une forte proximité subjective (groupe codé « Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible »).
- Le groupe 4 ($N=49$) se compose des soignants ayant renseigné un faible niveau de proximité, à la fois institutionnelle et subjective (groupe codé « Prox Globale Faible »).

J'ai effectué une analyse de variance univariée (*One-Way ANOVA*) avec le logiciel d'analyse statistique IBM SPSS v 22 sur les deux types d'indicateurs de la reconnaissance existentielle étudiés : le degré d'accord à travers une échelle de Likert en 5 points et le niveau de fréquence, mesuré sur une échelle catégorique verbale présumée d'intervalle. Cette méthode permet de détecter s'il existe des différences significatives entre les moyennes de différents groupes.

Les résultats de l'ANOVA univariée montrent que **le niveau de proximité exerce bien une influence sur le niveau de reconnaissance existentielle**, à la fois sur les indicateurs relatifs au degré d'accord ($F(3,162)=6.144$, $p=0.001<0.05$ – cf. tableau 4 ci-après) et sur les indicateurs liés à la fréquence ($F(3,162)=4.179$, $p=0.007 <0.05$) - cf. tableau 5 ci-après).

Tableau 4- Table récapitulative de l'ANOVA (Test en *F* et *p-value*) menée sur les indicateurs de la reconnaissance existentielle mesurés en degré d'accord

ANOVA

Reconnaissance existentielle (degré d'accord)

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	12,618	3	4,206	6,144	,001
Intragruppes	110,903	162	,685		
Total	123,521	165			

Tableau 5- Table récapitulative de l'ANOVA (Test en *F* et *p-value*) menée sur les indicateurs de la reconnaissance existentielle mesurés en niveau de fréquence.

ANOVA

Reconnaissance existentielle (fréquence)

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergruppes	5,261	3	1,754	4,179	,007
Intragruppes	67,974	162	,420		
Total	73,235	165			

Si l'analyse des variances permet de montrer qu'il existe une différence significative entre les groupes, c'est la méthode des tests post hoc de comparaisons multiples par paires (tests de Tukey, LSD et Bonferroni) qui va me permettre de déterminer entre quels groupes se situent ces différences. Le détail des résultats de ces différents tests sont rapportés en annexes D.1 (pour les réponses en « degré d'accord » de la reconnaissance existentielle) et D.2 (pour celles en « niveau de fréquence » de la reconnaissance existentielle) de ce mémoire.

Les tableaux 6 et 7 ci-après montrent les sous-ensembles homogènes de combinaisons de niveaux de proximité institutionnelle et subjective construits à partir du test post-hoc de Tukey.

Tableau 6 - Les sous-ensembles homogènes du test post hoc de Tukey réalisé sur les indicateurs de reconnaissance existentielle en degré d'accord

Variable : Reconnaissance existentielle (degré d'accord)

		N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
			1	2
Différence significative de Tukey	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	21	2,445	
	Prox Globale Faible	49		3,007
	Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	51		3,268
	Prox Globale Elevée	45		3,296
	Sig.		1,000	,444

Ainsi, pour les réponses en degré d'accord, on peut constater la présence de trois différences significatives. En effet, **le groupe 2** (proximité institutionnelle élevée / proximité subjective faible), **est significativement différent des groupes 1** (proximité institutionnelle et subjective élevées), **3** (proximité institutionnelle faible / proximité subjective élevée) **et 4** (proximité institutionnelle et subjectives faibles).

Tableau 7- Les sous-ensembles homogènes du test post hoc de Tukey réalisé sur les indicateurs de reconnaissance existentielle en fréquence

Variable : Reconnaissance existentielle (niveau de fréquence)

		N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
			1	2
Différence significative de Tukey	Prox Globale Faible	49	2,592	
	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	21	2,810	2,810
	Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	51	2,961	2,961
	Prox Globale Elevée	45		3,022
	Sig.		,075	,501

Les résultats du tableau 7 montrent que **pour les indicateurs en niveau de fréquence, il existe une différence significative entre les groupes 1** (proximité institutionnelle et subjective élevées) **et 4** (proximité institutionnelle et subjectives faibles).

Les résultats des tableaux 4 à 7 confirment donc ma première hypothèse selon laquelle **la proximité du cadre de santé avec l'équipe soignante favorise la reconnaissance existentielle de celle-ci**. Les résultats des tests post hoc tendent également à soutenir ma deuxième hypothèse selon laquelle le sentiment de reconnaissance des soignants serait davantage lié à la proximité subjective du cadre de santé qu'à la proximité institutionnelle.

3. Deuxième hypothèse

Afin de confirmer ma deuxième hypothèse, j'ai réalisé deux sous-groupes selon le niveau de proximité subjective indiqué par les soignants.

- Le premier groupe ($N=96$) rassemble les individus ayant indiqué un niveau élevé de proximité subjective, soit les groupes 1 (proximité institutionnelle et subjective élevées) et 3 (proximité institutionnelle faible / proximité subjective élevée).

- Le deuxième groupe ($N=70$) se compose des répondants ayant renseigné un faible niveau de proximité subjective. Il réunit donc les précédents groupes 2 (proximité institutionnelle élevée / proximité subjective faible) et 4 (proximité institutionnelle et subjective faibles).

J'ai réalisé sur ces deux groupes des tests de comparaisons de moyennes pour échantillons indépendants. Le premier test a été mené sur les réponses en « degré d'accord » de la reconnaissance existentielle, le second sur les réponses en « fréquence ». Pour chacun de ces deux traitements, je rapporte les statistiques descriptives de groupe ainsi que les statistiques inférentielles liées aux tests t et de Levene. Ces éléments sont reportés dans les tableaux 8 et 9 pour le degré d'accord et dans les tableaux 10 et 11 pour les réponses en fréquence.

Tableau 8 – Moyennes de groupes, écart-type et moyenne erreur standard pour les réponses en « degré d'accord » de la reconnaissance existentielle

Statistiques de groupe

Niveau de Proximité Subjective		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Reconnaissance existentielle (« degré d'accord »)	Groupe 1 « Proximité Subjective Elevée »	96	3,2813	,7788	,0795
	Groupe 2 « Proximité Subjective Faible »	70	2,8380	,9163	,1095

Tableau 9- Résultats du test de Levene et du Test *t* des moyennes pour les réponses en « degré d'accord » de la reconnaissance existentielle

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (Bilatéral)
Reconnaissance existentielle (« degré d'accord »)	Hypothèse de variances égales	2,064	,153	3,359	164	,001
	Hypothèse de variances inégales			3,275	133,858	,001

NB : les données de ce tableau 9 indiquent que l'hypothèse de variances égales peut-être retenue puisque le test de Levene n'est pas significatif ($F(2,164)=2.064, p=0.153>0.05$). Ce qui signifie que la différence entre les variances des deux groupes est égale à zéro. En conséquence, on peut

raisonner sur la statistique $t= 3,359$ pour interpréter les résultats du test de comparaison de moyennes.

Tableau 10 – Moyennes de groupes, écart-type et moyenne erreur standard pour les réponses en « fréquence » de la reconnaissance existentielle

Statistiques de groupe

Niveau de Proximité Subjective		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Reconnaissance existentielle (Fréquence)	Groupe 1 « Proximité Subjective Elevée »	96	2,990	,5665	,0578
	Groupe 2 « Proximité Subjective Faible »	70	2,657	,7448	,0890

Tableau 11- Résultats du test de Levene et du Test t des moyennes pour les réponses en « fréquence » de la reconnaissance existentielle

Test des échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (Bilatéral)
Reconnaissance existentielle (Fréquence)	Hypothèse de variances égales	8,601	,004	3,267	164	,001
	Hypothèse de variances inégales			3,132	123,535	,002

NB : les données de ce tableau 11 montrent que le test de Levene est cette fois significatif ($F(2,164)=8.601, p=0.004<0.05$). Dans ce cas, on ne peut pas dire que la différence entre les variances des deux groupes est égale à zéro. Il faut donc rejeter l'hypothèse de variances égales et s'appuyer sur la statistique $t= 3,132$ pour interpréter les résultats du test de comparaison de moyennes.

Les résultats de ces différents tests de comparaisons de moyennes confirment ma deuxième hypothèse. En effet, **concernant les réponses en « degré d'accord », le niveau moyen de reconnaissance existentielle est plus élevé lorsque le niveau de proximité subjective est élevé** ($M_{\text{groupe 1}} = 3.281 > M_{\text{groupe 2}} = 2.838, t= 3.359 p= 0.001<0,05$). Par ailleurs, **s'agissant des réponses en « fréquence », le niveau moyen de reconnaissance existentielle est, là encore, plus élevé lorsque le niveau de proximité subjective est élevé** ($M_{\text{groupe 1}} = 2.990 > M_{\text{groupe 2}} = 2.657, t= 3.132 p= 0.002<0,05$).

Enfin, si l'on couple les résultats de ces tests t avec ceux des précédents tests post hoc, je peux observer que, **dans un contexte où le niveau de proximité institutionnelle est faible, une proximité subjective élevée augmente significativement le sentiment de reconnaissance existentielle des soignants.**

4. Troisième hypothèse

Pour répondre à ma troisième hypothèse selon laquelle le besoin et le type de reconnaissance attendus par les soignants diffèrent selon leur niveau de qualification, j'ai utilisé les données de la première partie de mon questionnaire que j'ai croisées avec le métier des répondants.

Concernant la première partie de l'hypothèse sur le besoin de reconnaissance (H3a), j'ai regardé le classement en 7 points que les soignants ont réalisé sur les propositions favorisant la qualité de vie au travail, isolant plus particulièrement la réponse « reconnaissance de la part de la hiérarchie ».

Pour la deuxième partie de l'hypothèse sur le type de reconnaissance attendu (H3b), je me suis attachée au classement effectué par les soignants sur les 4 formes de reconnaissance au travail selon Brun.

Pour cela, j'ai réalisé un classement des données par métier. Ainsi, j'ai défini 4 groupes :

- Le premier groupe ($N=5$) est celui des agents de service hospitalier (ASH). Ce groupe étant de petite taille, je n'ai pas pu le prendre en compte dans mes analyses statistiques ;

- Le deuxième groupe ($N=43$) regroupe les aides-soignants (AS) et les auxiliaires de puériculture (AP), qui ont une formation diplômante d'une année ;
- Le troisième groupe ($N=101$) est constitué des infirmières (IDE) ;
- Le quatrième et dernier groupe ($N=17$) se compose des infirmiers spécialisés : IBODE, IADE et IPDE.

Les soignants ont été amenés à répondre aux questions par un classement de 1 à 7 concernant les éléments de qualité de vie au travail dans lequel on retrouve la reconnaissance de la part de la hiérarchie. La valeur « 1 » est l'élément le plus important selon eux, la valeur « 7 », la moins importante. Ainsi, plus la moyenne obtenue est faible pour un item, plus son importance aux yeux des soignants est grande.

Pour le type de reconnaissance, les soignants ont dû réaliser un classement de 1 à 4 parmi les 4 formes de reconnaissance au travail selon Brun. De la même manière, la valeur « 1 » correspond au type de reconnaissance le plus attendu par les soignants.

4.1 Hypothèse H3a : le besoin de reconnaissance attendu par les soignants diffère selon le niveau de qualification

Tableau 12 – Moyennes et modes des éléments favorisant la qualité de vie au travail par groupe de profession

		Locaux fonctionnels	Bonnes relations entre collègues	Bon salaire	Reconnaissance de la part de la hiérarchie	Reconnaissance de la part des patients	Bon matériel	Se retrouver dans les valeurs de l'établissement
ASH	Moyenne	4,2	2,2	5	3,8	4,4	3	5,4
	Mode	3	1	4	2	1,3,5,6,7	2	7
AS/AP	Moyenne	4	1,8605	4,4419	3,2325	3,7674	4,4651	6,2325
	Mode	4	1	3	2	3	5	7
IDE	Moyenne	4,5941	1,6436	4,4653	3,8515	4,0297	4,5743	4,8416
	Mode	3	1	4,6	2,3	2	5	7
IDE spé	Moyenne	4,2353	2,5882	4,8235	3,8235	3,8823	3,6471	5
	Mode	6	1	7	2	1	5	7

Les résultats du tableau 12 permettent d’observer que les moyennes et modes les plus élevés et les plus faibles correspondent aux mêmes items quelle que soit la profession. Ainsi, l’élément « Bonnes relations entre collègues » arrive en tête pour chacun des groupes, et l’item « se retrouver dans les valeurs de l’établissement » arrive en dernier dans ce qui peut favoriser la qualité de vie au travail.

Concernant l’item de la reconnaissance de la part de la hiérarchie, les moyennes et modes selon les groupes de profession semblent assez similaires. En effet, si cet élément paraît important pour les soignants au regard de ces chiffres, il ne semble pas y avoir de distinction en fonction de la qualification des soignants.

Par ailleurs, j’ai testé mon hypothèse H3a à l’aide d’un test de Kruskal-Wallis. Ce test se rapproche d’une ANOVA univariée non-paramétrique permettant de définir l’existence ou non de différences significatives entre des groupes, mais celui-ci se fonde sur des rangs et non sur des moyennes. J’ai opté pour ce test non-paramétrique car la variable « reconnaissance de la part de la hiérarchie » de cette étude est ordinale. Le groupe des ASH étant trop restreint (5 personnes), il ne m’a pas été possible de les prendre en compte dans ce test statistique.

Tableau 13 - Effectifs et rangs moyens par groupes de profession sur la variable
« Reconnaissance de la part de la hiérarchie »

Rangs

	Groupe de profession	N	Rang moyen :
Reconnaissance de la part de la Hiérarchie	Aide-soignant & AP	43	68,85
	Infirmière	101	85,57
	IDE spécialisés	17	84,56
	Total	161	

Tableau 14 - Résultats du test de Kruskal-Wallis effectué sur la variable « Reconnaissance de la part de la hiérarchie » avec la profession comme facteur de regroupement des individus

Tests statistiques

	Reconnaissance de la part de la hiérarchie
Khi-deux	4,110
ddl	2
Sig. asymptotique	,128

Contrairement à mon hypothèse H3a, les résultats du test de Kruskal-Wallis, rapportés dans le tableau 14 ci-dessus, ne montrent aucun effet significatif de la profession (et donc du niveau de qualification des individus) sur l'importance accordée à la reconnaissance de la part de hiérarchie ($\chi^2(2)_{reconnaissance\ de\ la\ hiérarchie} = 4.110, p = 0.128 > 0.005$).

4.2 Hypothèse H3b : Le type de reconnaissance attendu par les soignants diffère selon le niveau de qualification :

Tableau 15 – Moyennes et modes des 4 formes de reconnaissance au travail par groupe de profession

		Salaire (résultats)	Efforts	Individuelle	Compétences
ASH	Moyenne	3	2	2,4	2,6
	Mode	4	1, 3	1, 4	3
AS/AP	Moyenne	3,1395	2,7442	2,3488	1,7674
	Mode	4	3,4	1	1
IDE	Moyenne	3,1386	2,5248	2,5347	1,8020
	Mode	4	3	2	1
IDE spé	Moyenne	3	2,2941	3	1,7059
	Mode	2,4	3	4	1
Cadres	Moyenne	3,4375	1,8125	2,875	1,875
	Mode	4	1	3	2

Les résultats du tableau 15, au regard du mode, semblent montrer que la reconnaissance des compétences est le type de reconnaissance le plus attendu par les aides-soignants, auxiliaires de puériculture, infirmiers et infirmiers spécialisés. En revanche, il semblerait que les agents de service hospitalier soient plus sensibles à la reconnaissance des efforts fournis. Les cadres de santé auraient également tendance à penser que les soignants recherchent davantage la reconnaissance des efforts qu'ils fournissent que la reconnaissance de leurs compétences. Concernant la reconnaissance existentielle (de l'individu), elle paraît arriver en meilleure position chez les ASH et les aides-soignants et auxiliaires de puériculture que chez les infirmiers et infirmiers spécialisés.

J'ai de nouveau utilisé un test de Kruskal-Wallis pour vérifier mon hypothèse H3b.

Tableau 16- Effectifs et rangs moyens par groupes de profession sur la variable « Importance relative de la reconnaissance existentielle »

Rangs

	Groupe de profession	N	Rang moyen :
Importance Relative Reconnaissance Existentielle	Aide-soignant & AP	43	73,69
	Infirmière	101	81,00
	IDE spécialisés	17	99,50
	Total	161	

Tableau 17- Résultats du test de Kruskal-Wallis effectué sur la variable « Importance relative de la reconnaissance existentielle » avec la profession comme facteur de regroupement des individus

Tests statistiques

	Importance Relative Reconnaissance Existentielle
Khi-deux	3,987
ddl	2
Sig. Asymptotique	,136

Contrairement à mon hypothèse H3b, les résultats du test de Kruskal-Wallis, rapportés dans le tableau 17 ci-dessus, indiquent que la profession (et donc le niveau de qualification des individus) n'exerce aucune influence significative sur l'importance relative de la reconnaissance existentielle par rapport aux autres formes de reconnaissance ($\chi^2(2)$ importance relative de la reconnaissance existentielle = 3.987, $p = 0.136 > 0.005$).

En guise de synthèse, je reprends dans le tableau 18 ci-après l'ensemble des hypothèses de cette étude en y associant les résultats des tests effectués et la conclusion de validation pour chaque hypothèse.

Tableau 18 - Récapitulatif des résultats des tests d'hypothèses de cette étude

Hypothèses	Résultats des tests statistiques effectués	Validation de l'hypothèse ?
H1 : La proximité du cadre de santé avec l'équipe soignante favorise la reconnaissance existentielle de celle-ci.	Anova univariée, tests post-hoc de Tukey, LSD et Bonferroni, Analyse par sous-ensembles homogènes de moyennes	Oui
H2 : Le sentiment de reconnaissance des soignants est davantage lié à la proximité subjective du cadre de santé qu'à la proximité physique (institutionnelle)	Tests <i>t</i> de comparaisons de moyennes sur des échantillons indépendants	Oui
H3a : L'importance donnée à la reconnaissance de la part de la hiérarchie diffère selon le niveau de qualification.	<u>Test de Kruskal-Wallis :</u> $\chi^2(2)$ reconnaissance de la hiérarchie = 4.110, $p = 0.128 > 0.005$	Non
H3b : L'importance relative de la reconnaissance existentielle par rapport aux autres formes de reconnaissance varie selon le niveau de qualification.	<u>Test de Kruskal-Wallis :</u> $\chi^2(2)$ importance relative de la reconnaissance existentielle = 3.987, $p = 0.136 > 0.005$	Non

5. Discussion

Il est intéressant de reprendre ces résultats au regard des affirmations des auteurs cités dans mon cadre conceptuel.

Sur la notion de proximité, les résultats de ma première hypothèse vont bien dans le sens des travaux de Detchessahar de 2011 en montrant que la proximité du cadre exerce bien un effet sur la reconnaissance des professionnels encadrés, pouvant ainsi favoriser la qualité de vie au travail. Plus le cadre est reconnu proche par les soignants, et plus l'équipe se sent reconnue.

En revanche, la validation de ma deuxième hypothèse apporte une nuance aux conclusions de Detchessahar. En effet, en montrant que le sentiment de reconnaissance des soignants est davantage influencé par la proximité subjective que par la proximité physique du cadre, nous nous rapprochons plutôt des propos de Bastianutti, Petitbon et Revillot. Ainsi, c'est surtout la disponibilité du cadre qui importe aux professionnels et qui favorise une qualité de vie au travail, même s'il est peu présent dans l'unité.

Sur la notion de reconnaissance, ma troisième hypothèse apporte des éléments qui vont à l'encontre des propositions des auteurs évoquées dans mon cadre théorique.

En effet, les résultats du tableau 15 tendent à montrer que les soignants attendent de leur hiérarchie davantage de reconnaissance des compétences que de reconnaissance existentielle. Ainsi, l'affirmation de Brun et Dugas en 2005 selon laquelle la reconnaissance existentielle est le socle de toutes les autres formes de reconnaissance ne se confirme pas dans cette étude. Aussi, on peut se demander si le travail est bien le lieu de la reconnaissance existentielle ? L'évolution actuelle de la perception du travail pour lequel on prône de la mobilité, du changement, des expériences multiples, un développement au-delà des frontières, n'a-t-elle pas participé à faire en sorte que le salarié recherche cette forme de reconnaissance existentielle en dehors de la sphère travail ? Si les salariés, intérieurement, attendent cette forme de reconnaissance individuelle, ne savent-ils pas déjà que le travail, tel qu'il évolue, ne leur fournira que partiellement cette reconnaissance spécifique ?

L'étude que j'ai menée a été réalisée dans des centres hospitaliers de grande taille. Il aurait été intéressant de pouvoir questionner des soignants travaillant dans de petites structures afin de voir si cette forme de reconnaissance ne prend pas davantage d'importance dans ces contextes organisationnels plus singuliers. De même, l'impact de la réputation de l'établissement de santé pourrait être examiné. Exercer dans un hôpital reconnu ne génère-t-il pas déjà une forme de

reconnaissance pour le soignant qui y travaille ? Ce sont des éléments qu'il me semblerait intéressant d'explorer pour compléter cette étude.

Ensuite, ma dernière hypothèse a montré que le métier exercé par les soignants n'influait pas l'attente en matière de reconnaissance de la part de la hiérarchie, contrairement à ce que l'on pouvait penser au regard des propos de Bardou et Oubrayrie-Roussel en 2014. Ainsi, les soignants peu qualifiés n'ont pas davantage d'attente de reconnaissance que les professionnels les plus diplômés de cette étude.

Il aurait été pertinent d'interroger plus particulièrement les agents de service hospitalier, peu reconnus à l'hôpital et trop peu présents dans mon étude, ainsi que d'autres catégories professionnelles comme les médecins, jouissant d'une image sociale élevée, afin de vérifier ou non cette absence de lien entre besoin de reconnaissance et niveau de qualification. En effet, ce résultat invite à explorer en détail la représentation sociale des différents métiers exercés. La perception sociale de l'aide-soignante est-elle si différente de celle de la puéricultrice ? Selon Bardou et Oubrayrie-Roussel, l'estime de soi est favorisée par les diplômes obtenus. Mais n'est-elle pas aussi fonction de la représentation sociale de ces diplômes ? N'y a-t-il pas plus d'écart de représentation entre une infirmière anesthésiste et un médecin qu'entre cette infirmière spécialisée et une aide-soignante ? Pourtant, l'écart de diplôme est plus important entre l'IADE et l'aide-soignante qu'entre cette IADE et un médecin généraliste. Un regard sociologique serait opportun pour analyser le résultat de cette dernière hypothèse.

Conclusion

La qualité de vie au travail est un sujet d'actualité dont les salariés tentent de faire entendre l'écho aux directions. Le taux de réponse à mes questionnaires autour de 80% en est un bon témoignage. Lorsque la HAS évoque le fait que qualité de vie au travail et qualité des soins sont liés, on perçoit l'enjeu, pour les dirigeants, de se saisir de cette question.

Mon questionnement premier a été de savoir comment je pourrai, en tant que future cadre de santé, améliorer la qualité de vie au travail des salariés que j'encadrerai. Au regard de mon expérience de faisant fonction cadre de santé, et de la stratégie actuelle de certains centres hospitaliers visant à confier plusieurs unités aux managers, j'ai souhaité questionner la notion de proximité du cadre de santé. Peut-on favoriser la qualité de vie au travail des salariés lorsqu'on instaure de plus en plus de distance avec les équipes soignantes ?

Après avoir étudié les différents leviers permettant au cadre de santé de favoriser un climat serein au travail, c'est celui de la reconnaissance que j'ai choisi d'explorer et plus précisément, la reconnaissance du salarié comme individu et non pas seulement comme professionnel.

Ce travail, basé sur une méthode hypothético-déductive, m'a amenée à poser plusieurs hypothèses.

La première hypothèse énoncée était la suivante : la proximité du cadre de santé favorise la reconnaissance existentielle des soignants. Afin de vérifier la validité de cette hypothèse mettant en lien deux variables distinctes, j'ai opté pour une méthode quantitative d'enquête par questionnaires, distribués aux soignants. Les résultats obtenus m'ont permis de valider cette première hypothèse.

La deuxième hypothèse posée visait à montrer que la proximité subjective du cadre de santé influence davantage le sentiment de reconnaissance des soignants que sa proximité physique. Là encore, les résultats obtenus par mon questionnaire ont confirmé cette hypothèse.

Enfin, ma dernière hypothèse d'après laquelle le niveau de qualification des soignants modifie le besoin et le type de reconnaissance attendus n'a pas été validée. Ni le besoin, ni le type de reconnaissance attendus par les soignants ne diffèrent selon le métier exercé. L'absence de validation de ce point m'amène à repenser certains éléments sous un angle plus sociologique. La perception et l'attente que l'on a du travail sont-elles identiques dans une grosse entreprise ou dans une petite structure ? La perception sociale d'un métier n'influence-t-elle pas davantage

l'estime de soi que le niveau de qualification ? Autant de questions qui tracent des perspectives d'investigations futures pour ce sujet.

Ce travail d'initiation à la recherche a été riche d'apprentissages divers.

Apprentissages théoriques, d'une part, en raison des nombreuses lectures qui m'ont accompagnées durant ce mémoire et qu'il m'a fallu m'approprier pour mieux m'en détacher ensuite.

Apprentissages pratiques, d'autre part, sur la méthodologie de recherche. Pour ce premier travail, il m'a fallu investir pleinement chacune des étapes de la recherche, sans toujours percevoir quelle serait l'étape suivante. Cette expérience m'aura appris à avoir un regard plus transversal sur le processus de recherche et à mieux en anticiper les différentes phases.

Par ailleurs, j'ai pu percevoir que le choix d'un sujet de recherche était rarement neutre, et qu'il était important de pouvoir se détacher de ses propres représentations, de son propre jugement afin de proposer une démarche objective, pertinente, scientifique. Si le choix du thème de la reconnaissance ne s'est peut-être pas fait aussi objectivement qu'il me l'avait semblé au premier abord, j'ai tâché de me défaire de mes perceptions pour la suite de ce travail.

Ainsi, davantage que des réponses, cette recherche m'apporte de nouveaux questionnements, une ouverture sur un autre regard, sur des pistes encore non explorées.

Il est cependant intéressant de se pencher sur les résultats de cette étude, bien que la présence de biais et de limites méthodologiques ne permette pas de tirer réellement de conclusions généralisables.

En effet, il ressort de ce travail que la présence du cadre de santé favorise la reconnaissance des salariés, qui est un élément de qualité de vie au travail. Or cette présence physique tend à diminuer en lien avec la diminution du nombre de cadres par unité, et l'augmentation des missions transversales qui leur sont confiées. Cette présence physique est finalement davantage du fait de l'institution que du cadre de santé lui-même.

Cependant, plus encore que cette proximité physique, c'est la disponibilité dont fait preuve le cadre qui influence le sentiment de reconnaissance des équipes. Or cette disponibilité, cette participation à la vie du service, l'écoute dont il pourra faire preuve sont pleinement du ressort du cadre de santé.

Le cadre de santé a donc bien un rôle important à jouer dans la qualité de vie au travail des salariés.

Par ailleurs, cette étude tend à montrer que les attentes des salariés en termes de reconnaissance sont identiques, ce qui laisse à penser que le cadre n'a pas à adapter son management en fonction des métiers des professionnels qui l'entourent. Se montrer disponible pourra ainsi satisfaire l'ensemble des salariés, sans laisser une catégorie professionnelle de côté.

Les résultats du questionnaire que j'ai réalisé pourraient prolonger encore ces investigations. Ainsi, en poursuivant mon analyse, j'ai pu démontrer également que, sur mon échantillon, l'âge des soignants n'influait pas non plus le besoin de reconnaissance. En effet, les moins de 25 ans comme les plus de 55 ans semblent avoir la même attente de reconnaissance de la part de la hiérarchie.

On pourrait également questionner la présence ou non de différence selon le sexe des soignants. Seulement, la population masculine, bien que sur-représentée dans mon échantillon, reste encore trop peu nombreuse pour permettre des analyses fiables.

Les résultats de ce travail se révèlent rassurants pour la future cadre de santé que je serai puisque même si l'institution ne me permet pas d'être très présente physiquement auprès des équipes, il me restera des leviers pour permettre aux soignants de travailler dans un climat serein. En effet, au cours de la rédaction de ce mémoire, j'ai appris que, dans le cadre de ma réintégration en tant que cadre de santé dans mon établissement d'origine, on allait me confier deux unités à manager.

Sans ce travail, ma crainte face à cette nouvelle prise de fonction aurait sûrement été supérieure, imaginant que, par cette distance imposée, je ne pourrais pas accompagner correctement les équipes, ni favoriser une bonne qualité de vie au travail.

En revanche, de nouveaux questionnements émergent.

A la lumière de mes lectures, je suis partie du postulat que la reconnaissance existentielle était la forme de reconnaissance la plus attendue par les soignants. J'ai ainsi développé cette idée afin d'obtenir des outils me permettant de répondre au besoin des professionnels. Or, mon travail tend à montrer que les soignants cherchent plutôt la reconnaissance de leurs compétences dans le cadre du travail. Quels sont alors les leviers à actionner pour répondre à leur attente ?

De nouvelles perspectives de recherche s'ouvrent à moi de manière à répondre au mieux au besoin de reconnaissance des compétences des professionnels, dans un contexte de faible

proximité physique. Pour ce faire, une étude qualitative, basée sur des entretiens auprès de cadres de santé en situation de faible proximité physique serait à envisager dans la poursuite de ce travail.

Liste des références bibliographiques

Ouvrages

- ✚ André, C. (2006). *Imparfais, libres et heureux : pratique de l'estime de soi*. Odile Jacob.
- ✚ André, C., Lelord, F. (2008). *L'estime de soi, s'aimer pour mieux vivre avec les autres*. Paris : Odile Jacob.
- ✚ André, C. (2013). *L'estime de soi au quotidien*. Dans « La reconnaissance. Des revendications collectives à l'estime de soi » Collectif d'auteurs. Auxerre : Sciences Humaines.
- ✚ Balducci, R., Penot, J-L. (2015). *L'estime de soi au cœur du management, comment valoriser les individus pour améliorer les performances*. Le Mans : Gereso Edition.
- ✚ Bardou, E., Oubrayrie-Roussel, N. (2014). *L'estime de soi*. Paris : Editions in Press.
- ✚ Bastianutti, J., Petitbon, F. (2015). *La proximité, une stratégie !* Paris : Dunod.
- ✚ Caillé, A. (2007). *La quête de reconnaissance : nouveau phénomène social*. Paris : La Découverte.
- ✚ Claude, J-F. (2002). *Ethique au service du management*. Paris : Liaisons.
- ✚ Cooley, C-H. (1902). *Human nature and the social order*. New York : Charles Scriber & Sons.
- ✚ Dejours, C. (2005). *Le facteur humain*. Paris : Presses Universitaires de France.
- ✚ Dolan, S-L., Arsenault, A. (2009). *Stress Estime de soi Santé Travail*. Québec : Presses de l'université du Québec.
- ✚ Festinger, L., Katz, D. (1974). *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- ✚ Hall, E-T. (1971). *La dimension cachée*. Paris : Seuil.
- ✚ Harter, S. (1994). *Comment se forge l'image de soi chez l'adolescent*. Dans Bolognini, M., Plancherel, B., Nunez, R., Bettschart, W. *Préadolescence – Théorie, recherche et clinique*. Paris : ESF
- ✚ 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. (2008 a). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : Cerf.

- ✚ Honneth, A. (2008 b). *Reconnaissance et reproduction sociale*. Dans Jean-Paul Payet, *La reconnaissance à l'épreuve, explorations socio-anthropologiques*. Villeneuve d'Ascq : Presses universitaires du septentrion.
- ✚ Kotsou, I. (2016). *Intelligence émotionnelle et management, comprendre et utiliser la force des émotions*. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur.
- ✚ Prayez, P. (2010). *Distance professionnelle et qualité du soin*. Rueil-Malmaison : Lamarre.
- ✚ Ricœur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Le Seuil.
- ✚ Ricœur, P. (2009). *Parcours de la reconnaissance : trois études*. Paris : Gallimard.
- ✚ Thévenet, M. (2008). *Le management : Pourquoi j'échoue ?* Paris : Eyrolles.
- ✚ Todorov, T. (2013). *Sous le regard des autres*. Dans « La reconnaissance. Des revendications collectives à l'estime de soi » Collectif d'auteurs. Auxerre : Sciences Humaines
- ✚ Van Campenhout, L., Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.
- ✚ Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*. Paris : Presses Universitaires de France.

Revue

- ✚ Andrews, B., Brown, G. (1995). Stability and change in low self-esteem : the role of psychological factors. *Psychological Medicine* (25), 23-31.
- ✚ Bandura, A. (1977). Self-efficacy : Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- ✚ Brun, J-P., Dugas, N. (2005). La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens. *Gestion*, 30 (2), 79-88.
- ✚ Caillé, A. (2004). Présentation. *Revue du Mauss* (23), 5-28.
- ✚ Carillo, C. (2011). Image, estime de soi et confiance en soi. *Soins* (756), 59-60.
- ✚ Detchessahar, M. (2011). Santé au travail. Quand le management n'est pas le problème mais la solution... *Revue française de gestion*, 2011/5(214), 89-105.
- ✚ Lagadec, A-M. (2014). Plaidoyer pour la fonction de cadre de santé de proximité. *Soins Cadres* (90), 20-22.
- ✚ Léon, E. (2013). Le management à distance, quelles réalités, quels enjeux ? *Soins Cadres* (supplément au n°86), S7-S10.

- ✚ Martin, L. (2013). La présence du cadre de proximité dans les unités de soins. *Soins cadres* (supplément au n°86), S20-S23.
- ✚ Revillot, J-M. (2013). La relation de proximité du cadre de santé, quel impact sur la santé et la reconnaissance au travail. *Soins cadres* (supplément au n°86), S14-S17.
- ✚ Rongiconi, J-P. (2009). Le cadre de santé de proximité et la dimension clinique. *Soins cadres* (70), 46-50.

Séminaires

- ✚ Clot, Y. (2010, octobre). *Qualité de vie au travail et qualité du travail*. Communication présentée lors du séminaire de la HAS « Actes du séminaire « qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé ». Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf
- ✚ Nallet, G. (2010, octobre). *Démarche participative et qualité de vie au travail*. Communication présentée lors du séminaire de la HAS : « Actes du séminaire « qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé ». Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-01/actes_seminaire_qvt_has_20101021.pdf

Sites web

- ✚ ANACT, (2016). 10 questions sur... La qualité de vie au travail. Repéré à <file:///C:/Users/Djadaoudjee/Downloads/10questions-sur-la-qualite-de-vie-au-travail-2016.pdf>
- ✚ André, C. (2002). L'estime de soi au quotidien. *Revue Sciences humaines* n°131, Octobre 2002. Repéré à https://www.scienceshumaines.com/l-estime-de-soi-au-quotidien_fr_2667.html
- ✚ Brun, J-P. (2008). La reconnaissance au travail. *Les grands dossiers de sciences humaines* n°12, automne 2008. Repéré à http://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html

- ✚ Brun, J-P. Dugas, N. (2002). La reconnaissance au travail : Une pratique riche de sens. Repéré à <http://sbisrvntweb.uqac.ca/archivage/17705448.pdf>
- ✚ Courmont, S. (2011). Communication et qualité de vie au travail. Repéré à <http://laqvt.fr/communication-et-qualite-de-vie-au-travail>
- ✚ Les philosophes de la reconnaissance. (2002). Revue Sciences humaines n° 131, Octobre 2002. Repéré à https://www.scienceshumaines.com/les-philosophes-de-la-reconnaissance_fr_2663.html
- ✚ Miremont, M-C. (2014). La dynamique « éthique du care », nouvel enjeu pour la gouvernance : contribution à l'analyse du concept et de sa pratique à l'hôpital. Repéré à <http://www.theses.fr/2014PAUU2010>
- ✚ Tanquerel, S. (2014). Oser le management bienveillant ! Repéré à <http://www.mondedesgrandesecoles.fr/osser-le-management-bienveillant%C2%A0/>

Table des matières

Avant-propos

Introduction	1
1. La qualité de vie au travail et mon cheminement.....	2
2. Cheminement sur le positionnement du cadre de santé	6
2.1. La distance.....	6
2.2. La proximité	6
3. De l'estime de soi à l'efficacité.....	8
4. Problématisation.....	9
Cadre conceptuel	11
1. La proximité	11
1.1 Définitions.....	11
1.2 Les différentes dimensions de la proximité.....	13
1.3 Conséquences sur l'équipe soignante du positionnement du cadre de santé.....	15
2. La reconnaissance	16
2.1 La reconnaissance en philosophie	17
2.2 La reconnaissance en socio-anthropologie	17
2.3 La reconnaissance en psychologie du travail	18
2.4 Les 4 formes de reconnaissance au travail selon Brun.....	20
3. L'estime de soi	22
3.1 Les différentes approches du concept d'estime de soi	23
3.2 La structure de l'estime de soi.....	25
3.3 Influence de l'estime de soi sur notre vie quotidienne	27
3.4 L'estime de soi organisationnelle.....	29
Méthodologie.....	32
1. Objectifs de la recherche	32
2. Choix de la méthode.....	32
3. Choix de la population	32
4. Choix des variables	33

4.1	La proximité du cadre.....	33
4.2	La reconnaissance existentielle	34
4.3	Autres indicateurs.....	34
5.	Le questionnaire	35
5.1	Méthodologie de recueil envisagée	35
5.2	La phase de test du questionnaire	35
5.3	Difficultés rencontrées.....	35
5.4	Retour des questionnaires.....	37
Analyse des résultats		38
1.	Description de la population	38
2.	Première hypothèse	40
3.	Deuxième hypothèse	43
4.	Troisième hypothèse	46
4.1	Hypothèse H3a : le besoin de reconnaissance attendu par les soignants diffère selon le niveau de qualification	47
4.2	Hypothèse H3b : Le type de reconnaissance attendu par les soignants diffère selon le niveau de qualification :	49
5.	Discussion	52
Conclusion.....		54
Liste des références bibliographiques		58
Table des matières		62
ANNEXES		64

ANNEXES

Annexe A – Questionnaire Soignants

QUESTIONNAIRE

Etudiante cadre de santé, je réalise ce questionnaire dans le cadre de mon mémoire, sur le thème de la **qualité de vie au travail**. Vos réponses resteront anonymes et ne feront l'objet d'aucun retour à votre hiérarchie. Je vous remercie pour les quelques minutes que vous voudrez bien m'accorder.

- Quelle est votre profession :
.....
- Depuis combien de temps exercez-vous ce métier ?
Moins de 5 ans Entre 15 et 20 ans
Entre 5 et 10 ans Plus de 20 ans
Entre 10 et 15 ans
- Vous travaillez : De jour De nuit
- Quel est le nom de votre hôpital ?.....
- Quel est le nom de votre service de soins ?
- Selon vous, quels sont les éléments les plus importants pour favoriser la qualité de vie au travail ?
Classez-les par ordre de priorité de 1 à 7 (1 étant le « plus important », 7 le « moins important »).

Des locaux fonctionnels	
De bonnes relations entre collègues	
Un bon salaire	
De la reconnaissance de la part de sa hiérarchie	
De la reconnaissance de la part des patients	
Du bon matériel	
Se retrouver dans les valeurs de l'établissement	

- Quelle forme de reconnaissance est la plus importante selon vous ?
 Classez-les par ordre de priorité de 1 à 4 (1 étant le « plus important », 4 le « moins important »).

Avoir un salaire ou des primes satisfaisants	
Avoir une reconnaissance des efforts que vous avez fournis	
Être reconnu en tant qu'individu et pas seulement en tant que salarié	
Que vos compétences dans votre travail soient reconnues	

- Pouvez-vous indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les propositions suivantes en cochant la case correspondante.

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
« Vos demandes de formations sont prises en considération »					
« Vous êtes consultés par votre hiérarchie pour les prises de décision importantes »					
« Vous échangez régulièrement avec votre cadre sur d'autres sujets que le travail »					
« Votre cadre de santé est quelqu'un de disponible »					

- Que répondriez-vous aux affirmations suivantes ?

	Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours	Non applicable
« Votre cadre participe aux transmissions »					
	Jamais	Plusieurs fois dans la semaine	Plusieurs fois par jour	La plus grande partie de la journée	Non applicable
« Votre cadre de santé est présent dans l'unité »					
« La porte du bureau du cadre est ouverte »					
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par semaine	Non applicable
« Votre cadre autorise une flexibilité dans le planning en fonction des besoins individuels »					

« Votre cadre vous confie quelques missions ou activités »					
--	--	--	--	--	--

➤ Votre cadre vous – tutoie

– vouvoie

➤ En retour, vous le – tutoyez

– vouvoyez

➤ Vous êtes : Un homme

Une femme

➤ Votre âge :

Moins de 25 ans

Entre 45 et 54 ans

Entre 25 et 34 ans

Plus de 55 ans

Entre 35 et 44 ans

Merci de votre participation !

Annexe B – Questionnaire Cadres

QUESTIONNAIRE

Etudiante cadre de santé, je réalise ce questionnaire dans le cadre de mon mémoire, sur le thème de la **qualité de vie au travail**. Vos réponses resteront anonymes, aucune donnée concernant votre hôpital ou votre service ne sera rendue publique. Je vous remercie pour les quelques minutes que vous voudrez bien m'accorder.

- Depuis combien de temps exercez-vous en tant que cadre de santé ? :

Moins de 5 ans

Entre 15 et 20 ans

Entre 5 et 10 ans

Plus de 20 ans

Entre 10 et 15 ans

- Avez-vous en charge : Une seule unité Deux unités Plus de 2 unités

- Quel est le nom de votre hôpital ?.....

- Quel est le nom de votre/vos service(s) de soins ?
.....

- Votre bureau se trouve-t-il au sein de l'unité (ou de l'une des unités) ? Oui Non

- Selon vous, quelle forme de reconnaissance est la plus importante pour les salariés ?
Classez-les par ordre de priorité de 1 à 4 (1 étant le plus important, 4 le moins important).

Avoir un salaire ou des primes satisfaisants	
Avoir une reconnaissance des efforts fournis	
Être reconnu en tant qu'individu et pas seulement en tant que salarié	
Que leurs compétences dans leur travail soient reconnues	

- Pouvez-vous indiquer votre degré d'accord ou de désaccord avec les affirmations suivantes en cochant la case correspondante :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni en accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
« Vous êtes attentif/attentive aux demandes de formations des agents »					
« Vous consultez votre équipe lors des prises de décisions importantes pour le service »					
« Vous avez des échanges informels réguliers avec les agents »					
« Vous vous montrez disponible pour votre équipe »					

- Que répondriez-vous aux affirmations suivantes ?

	Jamais	Moins d'une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours	Non applicable
« Vous participez aux transmissions »					
	Jamais	Plusieurs fois dans la semaine	Plusieurs fois par jour	La plus grande partie de la journée	Non applicable
« Vous êtes présent dans l'unité »					
« La porte de votre bureau est ouverte »					
	Jamais	Moins d'une fois par mois	Plusieurs fois par mois	Plusieurs fois par semaine	Non applicable
« Vous autorisez une flexibilité dans le planning en fonction des besoins individuels »					
« Vous déléguez certaines tâches aux soignants »					

➤ Vous êtes : Un homme

Une femme

➤ Votre âge :

Entre 25 et 34 ans

Entre 45 et 54 ans

Entre 35 et 44 ans

Plus de 55 ans

Merci de votre participation !

Annexe C- Comparaison réponses cadres/soignants

	reconnaissance	reconnaissance	reconnaissance	proximité/ressort cadre	proximité/ressort cadre	proximité/ressort cadre	inté/ressort institution + c.proximité/ressort du cadre	reconnaissance	reconnaissance
	Vos demandes de formations sont prises en considération	Vous êtes consultés par votre hiérarchie pour les prises de décisions importantes	Vous échangez régulièrement avec votre cadre sur d'autres sujets que le travail	Vous cadre de santé est quand il n'est pas disponible	Votre cadre participe aux transmissions	Votre cadre de santé est présent dans l'unité	La porte du bureau du cadre est ouverte	Votre cadre autorise une flexibilité dans le planning individuel	Votre cadre vous confie quelques missions ou activités
Unité 1	Mode-Soignant Cadre Ecart 1	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 1 Cadre Ecart 4	Unité 1 Cadre Ecart 5	Unité 1 Cadre Ecart 3	Unité 1 Cadre Ecart 2	Unité 1 Cadre Ecart 4	Unité 1 Cadre Ecart 3
Unité 2	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 2 Cadre Ecart 4	Unité 2 Cadre Ecart 3	Unité 2 Cadre Ecart 3	Unité 2 Cadre Ecart 4	Unité 2 Cadre Ecart 4	Unité 2 Cadre Ecart 3
Unité 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Unité 3 Cadre Ecart 4	Unité 3 Cadre Ecart 4	Unité 3 Cadre Ecart 4	Unité 3 Cadre Ecart 4	Unité 3 Cadre Ecart 3	Unité 3 Cadre Ecart 3
Unité 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Unité 4 Cadre Ecart 5	Unité 4 Cadre Ecart 5	Unité 4 Cadre Ecart 5	Unité 4 Cadre Ecart 4	Unité 4 Cadre Ecart 3	Unité 4 Cadre Ecart 3
Unité 5	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 5 Cadre Ecart 4	Unité 5 Cadre Ecart 4	Unité 5 Cadre Ecart 4	Unité 5 Cadre Ecart 4	Unité 5 Cadre Ecart 3	Unité 5 Cadre Ecart 3
Unité 6	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Unité 6 Cadre Ecart 5	Unité 6 Cadre Ecart 5	Unité 6 Cadre Ecart 5	Unité 6 Cadre Ecart 2	Unité 6 Cadre Ecart 3	Unité 6 Cadre Ecart 3
Unité 7	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 7 Cadre Ecart 4	Unité 7 Cadre Ecart 4	Unité 7 Cadre Ecart 4	Unité 7 Cadre Ecart 4	Unité 7 Cadre Ecart 3	Unité 7 Cadre Ecart 3
Unité 8	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Unité 8 Cadre Ecart 5	Unité 8 Cadre Ecart 5	Unité 8 Cadre Ecart 5	Unité 8 Cadre Ecart 4	Unité 8 Cadre Ecart 3	Unité 8 Cadre Ecart 3
Unité 9	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 9 Cadre Ecart 4	Unité 9 Cadre Ecart 4	Unité 9 Cadre Ecart 4	Unité 9 Cadre Ecart 4	Unité 9 Cadre Ecart 3	Unité 9 Cadre Ecart 3
Unité 10	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Mode-Soignant Cadre Ecart 5	Unité 10 Cadre Ecart 5	Unité 10 Cadre Ecart 5	Unité 10 Cadre Ecart 5	Unité 10 Cadre Ecart 4	Unité 10 Cadre Ecart 3	Unité 10 Cadre Ecart 3
Unité 11	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 11 Cadre Ecart 4	Unité 11 Cadre Ecart 4	Unité 11 Cadre Ecart 4	Unité 11 Cadre Ecart 4	Unité 11 Cadre Ecart 3	Unité 11 Cadre Ecart 3
Unité 12	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 12 Cadre Ecart 4	Unité 12 Cadre Ecart 4	Unité 12 Cadre Ecart 4	Unité 12 Cadre Ecart 4	Unité 12 Cadre Ecart 3	Unité 12 Cadre Ecart 3
Unité 13	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 13 Cadre Ecart 4	Unité 13 Cadre Ecart 4	Unité 13 Cadre Ecart 4	Unité 13 Cadre Ecart 4	Unité 13 Cadre Ecart 4	Unité 13 Cadre Ecart 2
Unité 14	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Unité 14 Cadre Ecart 4	Unité 14 Cadre Ecart 4	Unité 14 Cadre Ecart 4	Unité 14 Cadre Ecart 4	Unité 14 Cadre Ecart 3	Unité 14 Cadre Ecart 1
Unité 15	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 15 Cadre Ecart 4	Unité 15 Cadre Ecart 4	Unité 15 Cadre Ecart 4	Unité 15 Cadre Ecart 4	Unité 15 Cadre Ecart 4	Unité 15 Cadre Ecart 2
Unité 16	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Mode-Soignant Cadre Ecart 3	Unité 16 Cadre Ecart 4	Unité 16 Cadre Ecart 4	Unité 16 Cadre Ecart 4	Unité 16 Cadre Ecart 4	Unité 16 Cadre Ecart 3	Unité 16 Cadre Ecart 2
Unité 17	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 17 Cadre Ecart 4	Unité 17 Cadre Ecart 4	Unité 17 Cadre Ecart 4	Unité 17 Cadre Ecart 4	Unité 17 Cadre Ecart 3	Unité 17 Cadre Ecart 3
Unité 18	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Mode-Soignant Cadre Ecart 4	Unité 18 Cadre Ecart 4	Unité 18 Cadre Ecart 4	Unité 18 Cadre Ecart 4	Unité 18 Cadre Ecart 4	Unité 18 Cadre Ecart 4	Unité 18 Cadre Ecart 3
Ecart Global	15	27	13	1	-2	0	-3	-1	9

Annexe D

D.1- Les comparaisons multiples des tests post hoc de Tukey, LSD et de Bonferroni réalisés sur les indicateurs de la reconnaissance existentielle mesurés en degré d'accord

(I) Groupe (J) Groupe		Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	
Différence significative de Tukey	Prox Globale Elevée	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,851851851851851*	,218660752491991	,001
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	,028322440087145	,169222866120941	,998
		Prox Globale Faible	,289493575207860	,170834037332701	,330
	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	Prox Globale Elevée	-,851851851851851*	,218660752491991	,001
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,823529411764706*	,214529137949201	,001
		Prox Globale Faible	-,562358276643991*	,215802319084926	,049
	Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	Prox Globale Elevée	-,028322440087145	,169222866120941	,998
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,823529411764706*	,214529137949201	,001
		Prox Globale Faible	,261171135120715	,165512823250207	,394
	Prox Globale Faible	Prox Globale Elevée	-,289493575207860	,170834037332701	,330
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,562358276643991*	,215802319084926	,049
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,261171135120715	,165512823250207	,394
LSD	Prox Globale Elevée	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,851851851851851*	,218660752491991	,000
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	,028322440087145	,169222866120941	,867
		Prox Globale Faible	,289493575207860	,170834037332701	,092
	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	Prox Globale Elevée	-,851851851851851*	,218660752491991	,000
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,823529411764706*	,214529137949201	,000
		Prox Globale Faible	-,562358276643991*	,215802319084926	,010
		Prox Globale Elevée	-,028322440087145	,169222866120941	,867

	Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,823529411764706*	,214529137949201	,000
		Prox Globale Faible	,261171135120715	,165512823250207	,117
	Prox Globale Faible	Prox Globale Elevée	-,289493575207860	,170834037332701	,092
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,562358276643991*	,215802319084926	,010
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,261171135120715	,165512823250207	,117
Bonferroni	Prox Globale Elevée	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,851851851851851*	,218660752491991	,001
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	,028322440087145	,169222866120941	1,000
		Prox Globale Faible	,289493575207860	,170834037332701	,552
	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	Prox Globale Elevée	-,851851851851851*	,218660752491991	,001
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,823529411764706*	,214529137949201	,001
		Prox Globale Faible	-,562358276643991	,215802319084926	,060
	Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	Prox Globale Elevée	-,028322440087145	,169222866120941	1,000
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,823529411764706*	,214529137949201	,001
		Prox Globale Faible	,261171135120715	,165512823250207	,699
	Prox Globale Faible	Prox Globale Elevée	-,289493575207860	,170834037332701	,552
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,562358276643991	,215802319084926	,060
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,261171135120715	,165512823250207	,699

D.2- Les comparaisons multiples des tests post hoc de Tukey, LSD et de Bonferroni réalisés sur les indicateurs de la reconnaissance existentielle mesurés en niveau de fréquence.

(I) groupes (J) groupes			Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	
Différence significative de Tukey	Prox Globale Elevée	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,2127	,1712	,601	
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	,0614	,1325	,967	
		Prox Globale Faible	,4304*	,1337	,008	
	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	Prox Globale Elevée	-,2127	,1712	,601	
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,1513	,1680	,805	
		Prox Globale Faible	,2177	,1689	,572	
	Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	Prox Globale Elevée	-,0614	,1325	,967	
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,1513	,1680	,805	
		Prox Globale Faible	,3689*	,1296	,025	
	Prox Globale Faible	Prox Globale Elevée	-,4304*	,1337	,008	
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	-,2177	,1689	,572	
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,3689*	,1296	,025	
LSD	Prox Globale Elevée	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,2127	,1712	,216	
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	,0614	,1325	,643	
		Prox Globale Faible	,4304*	,1337	,002	
	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	Prox Globale Elevée	-,2127	,1712	,216	
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,1513	,1680	,369	
		Prox Globale Faible	,2177	,1689	,199	
	Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	Prox Globale Elevée	-,0614	,1325	,643	
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,1513	,1680	,369	
		Prox Globale Faible	,3689*	,1296	,005	
			Prox Globale Elevée	-,4304*	,1337	,002

	Prox Globale Faible	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	-,2177	,1689	,199
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,3689*	,1296	,005
Bonferroni	Prox Globale Elevée	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,2127	,1712	1,000
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	,0614	,1325	1,000
		Prox Globale Faible	,4304*	,1337	,009
	Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	Prox Globale Elevée	-,2127	,1712	1,000
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,1513	,1680	1,000
		Prox Globale Faible	,2177	,1689	1,000
	Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	Prox Globale Elevée	-,0614	,1325	1,000
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	,1513	,1680	1,000
		Prox Globale Faible	,3689*	,1296	,030
	Prox Globale Faible	Prox Globale Elevée	-,4304*	,1337	,009
		Prox Inst Elevée - Prox Subj Faible	-,2177	,1689	1,000
		Prox Subj Elevée - Prox Inst Faible	-,3689*	,1296	,030

Résumé

La qualité de vie au travail est un sujet présent à l'hôpital, au point de devenir désormais une dimension prise en compte lors de la certification. La reconnaissance des équipes par la hiérarchie est un des éléments permettant d'améliorer le bien-être au travail. Cependant, il est de plus en plus souvent demandé aux cadres de santé de gérer plusieurs unités, de manager plusieurs équipes tout en s'investissant dans des missions transversales. Si la distance physique du manager joue négativement sur le sentiment de reconnaissance des équipes soignantes, c'est la distance subjective du cadre qui impactera le plus fortement ce sentiment. Ainsi, la disponibilité dont le cadre pourra faire preuve pour les équipes qu'il manage, le fait de se rendre accessible seront autant d'éléments qui pourront favoriser la qualité de vie au travail des professionnels.

Mots clés : Reconnaissance, cadre de proximité, qualité de vie au travail, distance.