

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 couleur du ciel

Le Cadre de Santé, un Climatologue Social ?

La construction d'une posture professionnelle du cadre de santé par
une approche motivationnelle de l'équipe soignante

Gaël ROBIN

Directeur de mémoire : Murielle LASBLEIZ

Le 22/06/2017

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 couleur du ciel

Le Cadre de Santé, un Climatologue Social ?

La construction d'une posture professionnelle du cadre de santé par
une approche motivationnelle de l'équipe soignante

Gaël ROBIN

Directeur de mémoire : Murielle LASBLEIZ

Le 22/06/2017

Année 2016 – 2017

Merci à

Rose, Augustine et Marie, mes motivantes muses

Murielle LASBLEIZ, ma directrice de mémoire, pour sa confiance et son aide

Tous les professionnels de santé sollicités pour leur contribution à ce travail d'initiation à la recherche

« *Le courage et les efforts ne servent à rien quand on n'a ni but ni motivation* »

J.F. Kennedy (Cité par Becker, 2015, p.35)

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION : UNE PROBLÉMATISATION	1
2. LE CADRE CONCEPTUEL.....	11
3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	42
4. ANALYSE, INTERPRÉTATION ET SYNTHÈSE	45
5. CONCLUSION	73
LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	79
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	82
TABLE DES MATIÈRES	83

1. INTRODUCTION : UNE PROBLÉMATISATION

1.1. Au départ, une interrogation

1.1.1. Le contexte de ce questionnement

Au cours de mes expériences d'ambulancier, d'Infirmier Diplômé d'État (IDE) puis de Faisant Fonction de Cadre de Santé (FFCS), j'ai observé et vécu un certain nombre « d'incommodités » étroitement liées aux métiers du soin. En effet, le quotidien des soignants est tissé de confrontations à la douleur de l'autre, à ses émotions et à ce qu'elles renvoient. Ce quotidien est aujourd'hui cousu de considérations économiques qui parfois entrent en conflit avec des valeurs humanistes et questionnent la fibre soignante. Ce quotidien est également brodé de rencontres avec ces « gueules cassées », ces vies en marges de la société, ces victimes de la précarisation, de la toxicomanie, de l'exclusion, qui se retrouvent de plus en plus dans les prises en charges à l'hôpital. Vous aurez compris la métaphore couturière du quotidien du soignant au moment de revêtir sa tenue professionnelle dans le vestiaire et d'arriver avec toute son énergie et sa motivation pour prendre soin de l'autre, cet autre qui nous renvoie forcément à notre condition humaine, à notre place dans une famille, dans un travail, une société.

La question de la motivation de l'équipe soignante m'apparaît donc centrale depuis ma prise de fonction de FFCS en décembre 2013. En réalité, cette question cheminait déjà en moi. Elle est née d'échanges avec les collègues et notamment de l'écoute de leurs « démotivations ». J'ai ainsi constaté que le Cadre de Santé (CS) pouvait contribuer à la motivation ou à la démotivation des soignants. Effectivement, son rôle le positionne à l'interface de différentes logiques, « entre le marteau et l'enclume » selon l'expression consacrée. Sa fonction et ses missions l'exposent considérablement. Alors, sa manière d'être et d'agir, ses paroles et ses actions ou parfois leur absence, peuvent avoir des conséquences sur la relation au travail des professionnels de l'équipe qu'il encadre. Comme le disait Watzlawick en 1967 « On ne peut pas ne pas communiquer » (p.125). En effet, ne pas communiquer est déjà une forme de communication. C'est à mon sens fondamental d'en avoir conscience dans l'exercice des responsabilités.

En outre, comme dans tous les domaines professionnels, le « travail soignant » a connu d'importantes mutations liées aux progrès technologiques et aux évolutions de sociétés, le

développement de l'e-santé, de la traçabilité, de la qualité, de la gestion des risques, l'évolution de la relation au travail, de la place de l'utilisateur dans sa prise en charge, etc. Par ailleurs, le service public est confronté à un changement de paradigme. De celui de service, de gratuité voire de don pour les professionnels de la santé, il est entré dans une logique de performance et de rentabilité suite à différentes réformes. En effet, depuis les ordonnances Juppé en 1996 jusqu'à la loi HPST en 2009 (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) une logique de performance, de productivité et de rationalisation des moyens organise la santé en pôles et en territoires. La loi de modernisation de notre système de santé accentue cette logique avec la création des Groupement Hospitaliers de Territoires (GHT) en janvier 2016. Ruiller¹ (2012) décrit un contexte « d'hôpital entreprise » qui peine à tenir ses promesses « de rationalisation budgétaire » et de « démocratie participative ». S'il est relativement simple de comprendre l'intérêt de rationaliser les moyens s'agissant des deniers publics, il est moins aisé de concevoir, d'anticiper et d'accompagner les conséquences de telles mutations sur les équipes soignantes. Ne voyons nous pas s'accroître des pathologies de la surcharge, stress et burnout chez les soignants ? La récente actualité de ces suicides d'infirmiers et de cadres de santé sur leurs lieux de travail ne peut nous laisser indifférents à ces questions. La qualité de vie au travail fait ainsi son apparition dans la certification V 2014 des établissements de santé. La relation au travail évolue et les nouvelles générations ont des attentes qui sont en phase avec les évolutions sociétales. Comment dans un environnement en mutation, rempli d'incertitudes, un cadre de santé ou un cadre formateur manage et motive son équipe, ses étudiants ? Comment maintenir l'envie de soigner, d'épauler, d'aider ? Comment accompagner les équipes soignantes et communiquer pour trouver ou retrouver du sens dans le quotidien d'une unité de soins ? Comment remettre l'humain au cœur de l'hôpital ? Ce mémoire d'initiation à la recherche est pour moi l'occasion de prendre du recul face à ces interrogations.

1.1.2. Une situation emblématique

J'ai choisi d'exposer une situation banale du quotidien d'une unité de soins afin d'expliquer ma problématisation. Cette situation est celle d'une action de contrôle de température indispensable à l'administration de thérapeutiques dans des conditions d'efficacité. L'insuline injectable se conserve entre 2 et 8 degrés Celsius et doit donc être stockée au réfrigérateur. Si

¹ Maître de conférence en sciences de gestion

cette insuline doit être injectée en urgence en cas d'hyperglycémie majeure il est inconcevable qu'elle ne soit pas opérationnelle.

Traçabilité de la température du réfrigérateur de la salle de soins.

Deux attitudes différentes observées dans la posture du cadre de santé quant à sa fonction de contrôle:

- Insistance sur l'obligation de remplir cette feuille de traçabilité sans en expliquer le sens mais en mettant en avant son devoir de s'assurer qu'elle soit bien remplie => peu de soignants de l'équipe la remplisse.
- Explication régulière du sens par le cadre de santé (responsabilité si l'IDE doit administrer de l'insuline en urgence par ex. risque de non efficacité du produit si la t° de conservation n'est pas respectée) => une majorité de l'équipe infirmière remplit la feuille de traçabilité.

Cette situation peut aisément se transférer au remplissage d'un item du dossier de soin (périmètre abdominal en psychiatrie par exemple) ou à la mise en œuvre de nouvelles procédures dans le trajet du médicament par exemple ou encore à la participation des soignants à une réunion. Cette situation emblématique met en relief le fait que nous faisons volontiers certaines tâches car nous les jugeons utiles ou nobles. Par contre, d'autres tâches moins gratifiantes nous paraissent plus contraignantes. Le travail à l'hôpital est constitué d'un ensemble d'actions qui relèvent de ces deux types de tâches. Une attitude du cadre de santé entre contrôle et explication du sens des actions de soins est souhaitable. Quelle est son influence sur la motivation d'un professionnel à réaliser un soin et au delà à trouver du sens dans l'ensemble de ses actes de soins et de son travail ? Comment faire émerger et maintenir la motivation de l'équipe soignante ?

1.1.3. Une expérience de motivation d'équipe soignante

Lors de mon expérience de FFCS j'ai conduit pendant près de trois années une EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) intitulée « l'apaisement comme alternative à l'isolement » dans une unité de moyen et long cours de psychiatrie adulte au CHGR (Centre Hospitalier Guillaume Régnier). J'ai ainsi pu constater à quel point favoriser les conditions de

la motivation et de l'implication des soignants demande une attention particulière du CS. Cette EPP a abouti à la validation de la création d'un nouvel espace d'apaisement associant chambre et salon ainsi qu'à un changement de posture des soignants en termes de disponibilité psychique dans la gestion de la tension. Cette EPP a pris une dimension institutionnelle. Je l'ai présentée en CQ2S (Comité de la Qualité et de la Sécurité des Soins) ainsi que lors d'une CME (Comité Médical d'Établissement) spéciale EPP. Cette expérience fait également l'objet d'une intervention lors de journées de formation internes trimestrielles sur le thème de l'isolement. J'ai tenu à ce qu'un IDE et un AS de l'équipe m'accompagnent lors de ces journées de formation. Un mémoire de Master professionnel 2^{ème} année de Santé Publique a été réalisé par Daniel Duchatelet, CS au CHGR, en 2016 sur notre expérience. Il s'intitule : « De la chambre d'isolement à la chambre d'apaisement : le vécu des soignants lors d'une modification de pratique de soins ». Cette reconnaissance institutionnelle et cette diffusion de notre réflexion collective ont généré de la satisfaction chez les professionnels de l'équipe soignante. Cette satisfaction a nourri la motivation des soignants à poursuivre et transmettre cette expérience dans leur quotidien. Ainsi, j'ai observé que la satisfaction jouait un rôle dans le maintien de la motivation et donc de l'implication de l'équipe soignante. Néanmoins cette motivation n'était pas constante et uniforme. Au demeurant, est-il possible de la maintenir dans le temps ?

Dans cette expérience d'EPP « quelque chose » a fonctionné mais à l'heure actuelle je suis dans l'incapacité de l'expliquer ou d'en ressortir une attitude ou un processus transférable. En revanche, j'ai pu constater que la question de la motivation ne se limitait pas à une rémunération ou à un risque de sanction selon l'expression éculée de « la carotte ou du bâton ». Bien au contraire, des mécanismes et des enjeux complexes sont à l'œuvre dans la dynamique d'une équipe soignante. Le travail collectif à l'hôpital fait que la contribution de chacun est délicate à identifier. De plus, dans la fonction publique les salaires sont basés sur des grilles indiciaires et les primes sont réparties équitablement. Le salaire est bien évidemment une motivation à venir au travail mais probablement pas un levier dont peut se saisir un cadre de santé. Ariely² a constaté que l'argent est le moyen le plus coûteux de motiver les individus au travail. En effet, dans un article publié en mars 2015 dans Sciences Humaines, il expose une expérience menée sur trois groupes d'intérimaires venus faire un travail de 4 jours chez Intel, fabriquant de processeur. Cette expérience montre que l'argent

² Professeur de psychologie et d'économie comportementale

peut inciter à un effort ponctuel mais non durable alors qu'une récompense en nature ou même symbolique induit un effort plus durable. Quels seraient donc les ressorts de la motivation d'une équipe soignante dans le contexte actuel de rationalisation des ressources ? Sur quoi le cadre de santé peut s'appuyer pour motiver son équipe à l'heure des profondes mutations qui bouleversent les organisations hospitalières ?

1.1.4. Ma question de départ

Ma question de départ découle de ces observations. A ce stade de ma réflexion je la formule ainsi:

En quoi le management du cadre de santé influence la motivation de l'équipe soignante?

Derrière cette question c'est la manière d'être et d'agir du cadre de santé que je questionne. Comme évoqué précédemment, sa position dans l'organisation des soins lui permet vraisemblablement d'influencer la motivation des individus et par extension d'une équipe. En filigrane, c'est la question du climat de travail, de l'atmosphère qui transpire derrière cette interrogation. La qualité de vie au travail et les risques psychosociaux sont des thèmes extrêmement contemporains que nous rappellent l'actualité terrible du suicide de plusieurs soignants ces derniers mois. Quelle est donc l'influence du mode de management du cadre de santé sur ce climat de travail ? Comment peut-il agir sur la qualité de vie au travail ? Se doit-il alors d'être un « climatologue » qui étudie, comprend et anticipe les conditions climatiques (les dégradations, les tempêtes, les embellies) pour prévoir, alerter et mettre en œuvre des actions de prévention ?

1.2. Vers quel objet de recherche ?

1.2.1. Une phase exploratoire, le choix des mots

J'ai fait le choix d'utiliser le terme « *motivation* » dans ma question de départ. J'ai également songé à utiliser le terme « *implication* ». Cependant, selon Thévenet³ (2007) « l'implication met plutôt l'accent sur la relation qui s'est tissée entre la personne et son travail » alors que la motivation est « la force, le moteur qui pousse l'individu à faire ... » (p.41). Le manager recherche effectivement l'implication de son équipe dans l'exécution du travail. Prendre en compte la motivation permettrait alors d'inclure davantage la personne, l'humain et ses valeurs dans la recherche de résultats, de performances. Or, bien souvent les réflexions sur la

³ Docteur ès Sciences de Gestion

performance se bornent uniquement à des processus ou des organisations du travail comme dans le Taylorisme. Par ailleurs, le terme implication renvoie au droit dans le sens d'être impliqué dans une affaire, d'y tenir un rôle. Ce terme vient du latin « plicare » qui signifie « plier » comme le précise Hees⁴ (2010, p.101) : « Implicare veut dire « mettre dans les plis, enlacer, entortiller » et par extension mêler, confondre, embarrasser, lier » ». Cela évoque une injonction à prendre le « bon pli ». Derrière ce mot se trouve une forme de conditionnement qui ne correspond pas à mon interrogation de départ. Dans le terme de motivation l'idée de satisfaire des besoins domine. La satisfaction dans le travail m'apparaît instinctivement comme centrale dans la motivation. J'ai trouvé un éclairage très parlant sur l'intrication de ces trois termes que sont motivation, implication et satisfaction. En effet, Chagué⁵ écrit en 2007 :

Un soignant recherche la satisfaction de différentes attentes, tandis que le cadre de santé recherche l'implication de celui-ci, de manière à ce qu'il travaille plus et mieux. Le soignant est motivé pour obtenir telle ou telle satisfaction, alors que le cadre veut motiver son équipe soignante.

Nous retrouvons bien l'idée de rechercher une satisfaction dans son travail ainsi que l'idée de motiver l'équipe soignante pour le cadre. Selon Alexandre-Bailly et al, cité par Chagué (2007), « La motivation est le processus qui permet de faire le lien entre implication et satisfaction ». Ce processus qui fait le lien entre implication et satisfaction correspond bien à mon questionnement originel. Il est alors plus judicieux dans ce travail d'initiation à la recherche de parler de motivation de l'équipe soignante.

En outre, un document⁶ publié sur le site de la HAS (Haute Autorité de Santé) en 2005 propose une réflexion sur l'évaluation des pratiques de management au travers de cinq fonctions qui sont : Prévoir, organiser, décider, motiver et évaluer. Selon la HAS : « La fonction motivation est une dimension essentielle du management bien qu'elle soit difficile à définir et à mettre en procédure ». Certaines préconisations ainsi que des préalables à la motivation, des étapes et des éléments d'appréciation sont formulés dans ce document. Ce texte précise : « On ne motive pas au travail un individu, on crée les conditions pour qu'il se motive lui-même ». Je pense donc qu'il est cohérent d'utiliser « motivation » dans la formulation de ma question de recherche.

⁴ Docteur en droit et en sciences économiques appliquées

⁵ Maître de conférence en management des entreprises de la santé et du social

⁶ https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436565/fr/guide-pour-l-autodiagnostic-des-pratiques-de-management-en-etablissement-de-sante-janvier-2005

Par ailleurs, créer les conditions pour que les individus se motivent eux-mêmes m'a conduit à penser en termes d'attitudes du cadre de santé. Le mot « posture » me semble le plus adapté pour exprimer les différentes manières d'être et d'agir en interrelation avec l'équipe soignante. En effet, selon le CNRTL (Centre National de Recherche Textuelle et Lexicale ; <http://www.cnrtl.fr/>) le terme posture désigne : « attitude morale de quelqu'un. Synonyme : Comportement, (ligne de) conduite ». La ligne de conduite du cadre de santé a-t-elle une incidence sur la motivation de l'équipe soignante ? La posture professionnelle du cadre de santé fera donc l'objet d'une recherche notionnelle dans ce travail.

De plus, il m'a semblé plus pertinent de réfléchir sur « ce qui favorise » plutôt que sur « ce qui influence » les conditions pour que les individus se motivent eux-mêmes. En effet, un collectif composé de plusieurs encadrants supérieurs et cadres des santé experts affirme en 2013 que « Le cadre a une influence positive ou négative déterminante sur la motivation d'autrui. Le critère central est la motivation du cadre lui-même et l'exemple pratique qu'il donne » (Gaba-Leroy, C. et al, p.51). La question de l'influence serait donc tranchée comme étant avérée d'après ces experts de l'encadrement à l'hôpital. Plusieurs facteurs agissent sur la motivation. Ils peuvent être classés en facteurs organisationnels, relationnels, hiérarchiques et économiques. La question serait alors de savoir comment le manager pourrait favoriser les conditions pour que ses collaborateurs puissent se motiver. Selon le dictionnaire Larousse (<http://www.larousse.fr>) favoriser signifie : « Créer les conditions qui permettent le succès d'une action, le développement d'une action ». Le verbe favoriser porte donc en lui l'idée de créer les conditions et de les développer, ce qui correspond bien à mon questionnement.

1.2.2. Regard d'un psychologue

Afin de poursuivre mon cheminement j'ai ressenti le besoin de confronter mon interrogation au terrain. L'objectif de cet entretien était de valider la pertinence de ma problématique et de sa formulation en allant interviewer un membre d'une équipe soignante ayant une position lui permettant une observation extérieure de son fonctionnement. Je ne souhaitais pas aller directement rencontrer un cadre de santé pour éviter l'écueil d'un angle de vue uniquement managérial sur la question de la motivation des équipes soignantes. Alors, le choix de confronter mon questionnement au regard d'un psychologue m'a paru logique. J'ai réalisé un guide d'entretien (Annexe I) et pris rendez-vous avec Benoit Lorne, Psychologue au CHU de Rennes en réanimation chirurgicale. Il intervient par ailleurs à l'IFCS sur le sujet de la

psychodynamie du travail. Nous disposions d'un espace au calme dans l'unité de soins et de deux heures devant nous.

La question des ressorts de la motivation de l'équipe soignante lui évoque différents points. Tout d'abord, l'idée de la liberté dans le travail. Des missions délimitées sont confiées aux équipes infirmières et aides-soignantes. Pour autant, il est primordial que les professionnels se sentent responsables. C'est donc le fait de prendre des responsabilités qui serait motivant. Ensuite, pour qu'un travail soit équilibrant, il doit être possible de s'en extraire en disposant d'espaces de liberté. Il s'agirait de moment où l'équipe peut faire les choses comme elle l'entend ou bien encore de pauses conviviales pour réguler la pression. Le sens du travail que l'on fait contribue aussi à la motivation de l'équipe soignante. Un travail qui a une importance dans la société lui donne sens. Les soignants soignent. Cela participe d'une reconnaissance véhiculée par les patients et leur entourage. Enfin, la confiance dans l'équipe permet de travailler en sécurité. En effet, l'unité de soins peut s'avérer être un milieu stressant comme en réanimation chirurgicale avec la proximité de l'urgence vitale. Pouvoir compter les uns sur les autres devient donc une nécessité pour travailler dans de bonnes conditions.

Les rôles et postures du cadre de santé qui favoriseraient la motivation de l'équipe soignante sont liés aux ressorts exprimés précédemment. Cependant, concernant la posture, la première idée qui vient à Benoit Lorne concerne l'authenticité, le fait que le cadre ne soit pas dans un rôle mais dans une proximité humaine. Les soignants ont besoin de s'identifier au professionnel de santé et pas au gestionnaire. Des décisions cohérentes et expliquées sont aussi importantes pour maintenir la motivation des agents. Le cadre de santé doit également être présent et à l'écoute de son équipe sans pour autant être « l'œil de Moscou ». Il s'agit d'être à l'écoute de toute l'équipe, ne pas « avoir quelqu'un dans le nez », d'être équitable. Pour pouvoir dialoguer, il est souhaitable qu'il connaisse un peu la situation des uns et des autres. Être réactif lorsqu'un problème se présente rassure l'équipe. Un point très important concerne la reconnaissance : « *ne pas louper de remercier* ». Dans sa communication il serait judicieux qu'il dise les choses telles qu'elles sont et qu'il explique le travail de l'encadrement. Enfin, faire parler les gens, faire des compromis, des synthèses en aidant l'équipe à prendre du recul peut aider à favoriser la motivation. Il aborde aussi l'idée de cultiver une histoire commune, un mythe fondateur de l'équipe lorsque c'est possible. Au total, la reconnaissance, la responsabilisation, le sens du travail à fournir, l'exemplarité, sont alors des pistes de

réflexion sur une posture du cadre de santé qui favoriserait la motivation de l'équipe soignante.

La richesse de cet entretien m'a conforté quant à l'intérêt concret de cette problématique de management qu'est la motivation d'une équipe.

1.2.3. Ma question de recherche

Suite à cette phase exploratoire je formule donc ma question de recherche ainsi :

Quelle posture du cadre de santé favorise la motivation de l'équipe soignante ?

Il existe à priori des facteurs de motivation et de démotivation. Les premiers qui viennent spontanément à l'esprit sont : Trouver du sens à son travail, se sentir utile, avoir un but, faire partie d'une équipe, s'y sentir intégré(e), être fier(e) de son métier, être reconnu en tant que « bon professionnel » par les usagers, les collègues, la hiérarchie, avoir une bonne image de soi, de son établissement, de son service, avoir de bonnes conditions matérielles de travail, etc. Une attention à ces facteurs de motivation consisterait en une approche motivationnelle du management de l'équipe soignante.

De plus, le cadre de santé représente l'institution. Il organise, dirige et évalue l'équipe soignante. Il a donc, de par ses responsabilités en binôme avec le médecin référent, une voix qui porte. Il est « visible » et doit par conséquent en avoir conscience dans ses choix, dans sa ligne de conduite. Il est le mieux placé pour voir fonctionner l'équipe avec du recul et percevoir le « climat, l'ambiance de travail ». Je formule donc mes hypothèses de la sorte :

- Une posture professionnelle du cadre de santé construite sur une approche motivationnelle permet l'émergence et le maintien de la motivation de l'équipe soignante dont il fait lui-même partie.
- Une posture du cadre de santé, construite et fondée sur une approche motivationnelle de l'équipe soignante, favorise un climat de travail agréable et épanouissant.

La suite de ce travail se découpera ainsi : Dans un premier temps je m'attacherai à explorer cette question de recherche au travers d'un cadre conceptuel. Ensuite, j'expliquerai la méthodologie de ce travail d'initiation à la recherche avant d'analyser et d'interpréter les données collectées. Enfin, je proposerai une synthèse de l'analyse pour tenter d'apporter une confirmation ou une infirmation aux hypothèses retenues. Pour clore cette initiation à la recherche je projeterai ce questionnement sur ma prochaine prise de poste dans la fonction de cadre de santé.

2. LE CADRE CONCEPTUEL

Conceptualiser est un travail intellectuel d'abstraction dont l'objectif est de rendre compréhensible le réel. Dans cette partie nous traiterons donc du concept de motivation, de celui d'équipe et par extension de la motivation d'une équipe soignante. Enfin nous aborderons la notion de posture professionnelle.

2.1. La motivation

2.1.1. Genèse du concept de motivation et tentatives de définition

2.1.1.1. La genèse de la motivation

Le concept de motivation est récent puisqu'il n'apparaît que dans la première moitié du 20^{ème} Siècle. En effet, selon R. Mucchielli⁷ (2012), ce mot a été introduit en 1939 par Ernest Dichter et Louis Cheskin, deux psychologues pionniers du marketing. Fenouillet⁸ (2015) explique quant à lui l'apparition tardive de ce concept par le fait que :

Jusqu'au 20^{ème} Siècle le comportement de l'homme était clairement distingué de celui de l'animal. Cette distinction trouve ses racines dans la séparation que fait Platon, notamment dans Phédon, entre le corps et l'âme, propre à l'être humain. Pour la pensée grecque, les connaissances permettent à l'être humain de faire les bons choix et de ne pas être dominé par ses passions.

Charles Darwin est le premier à utiliser le terme instinct pour expliquer certains comportements humains et notamment les comportements transmis des parents aux enfants. Ensuite, pour Freud qui tente d'expliquer l'origine inconsciente de nos comportements, l'instinct devient pulsion de vie et de mort, Eros et Thanatos. Les pulsions se manifestent rarement sous leur forme originelle. Un état de tension génère une pulsion qui a justement pour objectif d'éliminer cette tension. Une satisfaction en résulte. Les conditions sont alors réunies pour que naisse le concept de motivation.

2.1.1.2. Une précision étymologique

Le terme de motivation appartient au vocabulaire de la psychologie contemporaine et notamment de la psychologie sociale. Il est employé dans les domaines de l'éducation, de la formation adulte, du management, du commerce et de la vente. Ce mot récent tient son origine des termes *mobile* et *motif* tous deux issus du latin (Ardoino, 2005) :

- Mobile, en latin « mobilis » signifie « susceptible d'être mu ou de se mouvoir ». Jacques

⁷ Agrégé de philosophie, docteur en médecine et docteur ès Lettres

⁸ Professeur de psychologie cognitive

Ardoino précise que cette racine renvoie à « des déterminations psychiques profondes, mais plus ou moins troubles, à l'origine d'un comportement ou d'une action individuels ou collectifs ».

- Motif, dérivé du latin « *movere* », mouvement signifie « ce qui explique et justifie les termes d'un jugement, d'une décision, d'une action, d'une conduite ».

Le droit moderne conserve une nuance entre ces deux origines du terme motivation. Le mobile demeure plus obscur, ténébreux, complexe alors que le motif renvoie à une construction, un raisonnement. Cette double origine conduit déjà à penser la motivation en termes d'inconscient (le mobile plus complexe à cerner) et de conscient (le motif éclairé, explicité). Cette approche étymologique montre pourquoi ce concept n'a pu voir le jour avant Darwin et Freud. L'idée centrale de la motivation serait donc celle de « mettre en mouvement ».

2.1.1.3. Quelques tentatives de définitions

Selon le CNRTL la motivation se définirait ainsi sur les versants psychologiques et philosophiques :

- *PHILOS.* Action de motiver, d'alléguer les (l'ensemble des) considérations qui servent de motif(s) avant l'acte et de justification à cet acte, à posteriori.
- *PSYCHOL.* Ensemble des facteurs dynamiques qui orientent l'action d'un individu vers un but donné, qui déterminent sa conduite et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement présent.

Cette définition met en exergue un ensemble de facteurs dynamiques à l'origine d'une action, d'un comportement pour sa partie psychologique. D'un point de vue philosophique il s'agit davantage de se prévaloir de motif(s) qui sont à l'origine et qui serviront d'explication à un acte, un comportement.

Par ailleurs, Fenouillet (2012) expose le concept béhavioriste du *drive* que l'on pourrait traduire par « énergie » ou « mobile » pour tenter une explication de la motivation à agir. Notons que les béhavioristes n'ont jamais utilisé le terme « motivation ». Il fait mention de la célèbre expérience du chien de Pavlov en 1927. En effet, ce dernier a mis en évidence l'apprentissage d'un réflexe conditionné résultant de l'association de stimuli et de réactions automatiques. Un son associé à de la nourriture génère la salivation du chien. Ensuite il observe que le son seul induit aussi la salivation. Le conditionnement ou l'habitude correspond alors à l'association stimulus-réponse. Cette théorie du *drive* a été transférée à l'homme en introduisant des *drives* dits secondaires. Un drive primaire serait par exemple la douleur alors qu'un drive secondaire serait l'anxiété anticipatoire de la douleur. L'habitude de

rencontrer des situations identiques fait que le stimulus primaire n'est plus nécessaire pour inciter un comportement dans une situation donnée. Le comportement humain serait ainsi motivé par des récompenses ou des punitions pour les behavioristes, d'où la célèbre expression « la carotte ou le bâton ». Nous pouvons noter que dans cette hypothèse d'explication, la motivation est extérieure à l'individu, elle ne dépend que de l'environnement immédiat et des associations positives ou négatives conditionnées.

Tolve⁹ (2007) s'appuie sur une définition qu'il qualifie de consensuelle pour la communauté des psychologues. Il s'agit de celle de Vallerand et Thill (1993) : « Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement. » (p.18). Cette définition met en avant les aspect *internes* et *externes* des déclencheurs de motivation. Nous pouvons alors imaginer qu'un déclencheur interne puisse être contrarié par un élément externe, par exemple une motivation à se promener en ville peut être contrée par l'arrivée soudaine de la pluie. Ce qui est intéressant, c'est qu'elle utilise la formulation de construit hypothétique. Par le fait, cette définition accepte une part de mystère, d'énigme dans ce concept de motivation. Par ailleurs, elle prend en considération l'émergence mais aussi le maintien, la persistance et l'intensité de cette motivation.

Fenouillet (2016) propose une définition générale assez proche de celle de Vallerand et Thill : « La motivation désigne une hypothétique force intra-individuelle protéiforme, qui peut avoir des déterminants internes et/ou externes multiples, et qui permet d'expliquer la direction, le déclenchement, la persistance et l'intensité du comportement ou de l'action » (p.11). Nous retrouvons le caractère hypothétique mais cette fois la force qui met en action est interne, protéiforme et propre à l'individu avec des déterminants internes et externes.

Nous pourrions tenter de résumer ces différentes définitions ainsi : **La motivation est un ensemble de forces conscientes et inconscientes, internes et externes qui expliquerait le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance des comportements.**

Néanmoins, Robbins et Judge¹⁰ (2006) précisent dans leur ouvrage « Comportements organisationnels » que la motivation est un processus. Ce dernier résulte d'une interaction entre une situation donnée et un individu. En effet, le degré de motivation varie d'une

⁹ Psychosociologue, chargé de cours en Psychologie Sociale

¹⁰ Robbins, Professeur de management ; Judge, professeur émérite de management, spécialiste de la personnalité et des attitudes au travail

personne à l'autre mais aussi pour une même personne d'une situation à l'autre. Un étudiant peut peiner à se concentrer sur une matière et être facilement absorbé dans l'étude d'une autre. Cela infirme un raccourci dangereux qui consisterait à penser que la motivation tient uniquement d'un caractère ou d'une personnalité.

Une autre façon d'appréhender la motivation consiste à tenter de définir ce que signifie être motivé. Pour Lévy-Leboyer¹¹ (2006) « être motivé c'est essentiellement avoir un objectif, décider de faire un effort pour l'atteindre et persévérer dans cet effort jusqu'à ce que le but soit atteint. » (p.32). Ici, le motif ou le mobile (suivant sa nature explicable ou plus trouble) serait l'objectif. Nous retrouvons le déclenchement, l'intensité et la persévérance.

Pour A. Mucchielli¹² (2001) « être motivé, c'est d'abord pouvoir trouver un sens à son action » (p.7). La composante du sens, qui est présente dans toutes les définitions de par les verbes expliquer, justifier, orienter, diriger, apparaît sous un autre regard, celui de pouvoir le trouver. Dans le cadre du travail à l'hôpital, le risque vient principalement de la perte du sens des tâches accomplies quotidiennement lorsqu'elles sont prises isolément. Cela nous renvoie à la situation de départ concernant la surveillance quotidienne de la température du réfrigérateur de la salle de soins.

2.1.2. La motivation au travail depuis les années 30

Intéressons nous à présent à l'histoire du concept de la motivation au travail depuis son apparition dans les années 30. Le Taylorisme a constitué au début du 20^{ème} Siècle la première approche de la motivation des travailleurs. Ce modèle scientifique avait pour objectif l'amélioration de l'efficacité en standardisant et chronométrant les tâches. Cette conception portée par Taylor pensait la motivation comme le simple résultat d'une rémunération financière. La principale motivation était donc l'argent, ce qui demeure une approche simpliste au regard des définitions citées plus haut. Lévy-Leboyer (2006) nous remémore que ces méthodes de management ont généré l'hostilité des travailleurs. Cela a poussé les responsables de la gestion des ressources humaines à réfléchir à de nouvelles approches de la relation au travail.

Il existe au moins 101 théories de la motivation recensées selon Fenouillet (2016). Il ne sera donc pas question ici d'en faire un listing pléthorique mais plutôt d'exposer brièvement les

¹¹ Professeur de psychologie du travail

¹² Professeur en sciences de l'information et de la communication

théories les plus citées par les spécialistes de la question.

2.1.2.1. Une approche dite des besoins

Selon Levy-Leboyer (2006) les théories du besoin sont nées de la nécessité pour les managers de connaître les besoins de leurs équipes pour savoir comment les motiver. L'approche la plus connue en France demeure celle d'Abraham Maslow.

- **La pyramide de Maslow (1943) :**

Maslow était avec Carl Rogers un des fondateurs du courant de la psychologie humaniste. Un axe majeur de cette théorie est que l'homme tend vers un besoin de réalisation. L'idée de Maslow est que la vie humaine est faite d'une incessante recherche de la satisfaction de besoins non assouvis. Il catégorise alors les besoins en cinq niveaux :

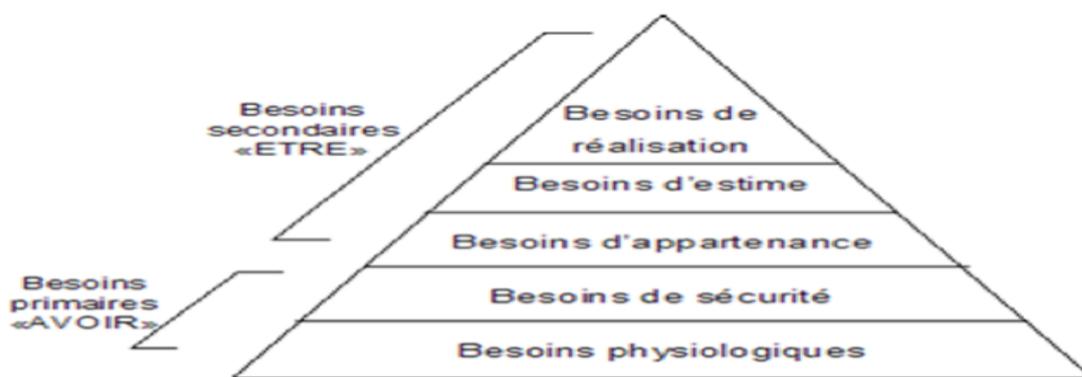


Figure 1 : pyramide de Maslow

Les individus recherchent à satisfaire un besoin de niveau inférieur (avoir) avant d'accéder à un besoin supérieur (être). Ainsi s'opère une hiérarchisation des besoins. Fenouillet (2012) fait état de plusieurs recherches qui ont invalidé ou partiellement validé cette hiérarchisation. Il cite l'exemple d'une grève de la faim qui ne peut être expliquée par cette théorie. Ce modèle n'était pas conçu au départ pour être transféré à des situations professionnelles. De plus, dans cette théorie les facteurs de démotivation ne sont pas abordés. Levy-Leboyer (2006) affirme qu'il ne permet donc pas d'expliquer le construit d'une motivation au travail même si elle reconnaît à son auteur le mérite d'avoir été le premier à théoriser les ressorts de la motivation. Elle ne serait donc pas très utile à un manager malgré sa renommée.

Notons qu'Aldefer en 1972 a proposé une variante de la pyramide des besoins dont il approuvait la hiérarchisation. Son modèle se nomme ERG pour Existence, Relatedness,

Growth soit subsistance, relation et progression. Ces trois besoins vont du plus concret jusqu'au plus abstrait et peuvent être satisfaits simultanément. Il n'est plus nécessaire de satisfaire les besoins d'un niveau pour passer au suivant. Levy-Leboyer (2006) précise que l'individu au travail peut alors se déplacer dans les deux sens sur un « continuum ». S'il ne peut satisfaire des besoins abstraits il se replie sur des besoins plus concrets. Son application au travail est rendue complexe par l'impossibilité « de mesurer la force des besoins et leurs degrés de satisfaction, de manière à ajuster une politique du personnel » (p.42). Pour un manager, elle ne présente pas vraiment d'intérêt hormis la perception de l'évolution du concept de motivation au cours du siècle dernier. Entre ces deux théories, un nouveau regard sur la motivation est apparu à la fin des années 50 avec Herzberg.

- **La théorie bi-factorielle d'Herzberg (1959):**

Le psychologue américain Herzberg a réalisé une enquête auprès de salariés d'une entreprise au moyen d'entretiens (Fenouillet, 2012). Ils devaient se souvenir des expériences satisfaisantes et insatisfaisantes marquantes dans leur vie au travail. Herzberg et ses collaborateurs les ont alors catégorisées en deux groupes d'où le nom de théorie bi-factorielle. Dans la première catégorie il s'agit des « bons souvenirs » classés comme **facteurs de motivation**. Nous retrouvons des besoins que le salarié va vouloir satisfaire comme dans le modèle de Maslow. Ces motivateurs sont :

- L'accomplissement, la sensation d'avoir bien fait son travail, les défis surmontés
- Le fait d'assumer des responsabilités
- La reconnaissance par autrui
- L'intérêt du travail lui-même, sa nature,
- Les promotions, l'avancement

Nous pouvons établir un lien direct avec l'ouvrage « Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux » de Clot¹³. En effet, Clot (2010) établit un lien entre le « bien faire » son travail et le bien être. Il parle de « qualité empêchée » par l'absence de temps de controverse. Comment évaluer ce « bien faire » s'il n'est pas possible de comparer, de confronter son travail avec celui de ses collègues ? Dans la seconde catégorie, Herzberg et ses collaborateurs rassemblent les facteurs de démotivation, autrement dit, ceux qui génèrent

¹³ Professeur de psychologie du travail

uniquement de l'insatisfaction. Ils les nomment **facteurs d'hygiène** « au sens psychiatrique de l'hygiène mentale, car ils font partie des conditions nécessaires mais non suffisantes à l'équilibre de l'individu » (Fenouillet, 2012, p.93). Ils ne peuvent pas générer de la motivation au travail mais en revanche ils peuvent démotiver les salariés s'ils ne sont pas maîtrisés. Ces facteurs d'hygiène sont :

- La rémunération
- La politique de l'administration de l'entreprise
- Les conditions matérielles de travail (sécurité de l'emploi, conditions de vie dans l'entreprise)
- Le supérieur hiérarchique (qualités et défauts)
- Les relations de travail avec les collègues

Nous voyons que ces facteurs d'hygiène recouvrent la politique menée par l'entreprise et la gestion des ressources humaines. Il est à noter que la rémunération fait partie de ces facteurs d'hygiène et ne constitue donc pas pour Herzberg un levier de motivation mais davantage un facteur de démotivation.

Pour Levy-Leboyer (2006) l'intérêt de cette théorie est son implication pratique. En effet, pour stimuler les agents, les salariés, les leviers à actionner seraient ceux du contenu de la tâche elle-même. Pour le manager, il s'agira de responsabiliser, d'accroître l'autonomie, de rendre les missions plus attractives avec des défis à surmonter. Néanmoins, elle met en lumière certains biais de l'enquête de Herzberg. Le premier tient du fait que les entretiens de recueil sont basés sur des souvenirs. Il s'agit alors « d'un travail cognitif sélectif » et « non d'un compte rendu objectif de la réalité » (p.46). Ensuite, elle fait mention de plusieurs recherches ultérieures qui ne parviennent pas aux mêmes conclusions en utilisant d'autres méthodes. Cette théorie a même été invalidée dans les années 80, les facteurs d'hygiène pouvant jouer le rôle de motivateur. Cette théorie est encore présentée par des consultants en management des ressources humaines malgré cette controverse. Levy-Leboyer souligne qu'Herzberg a mis en lumière le fait que la relation d'échange entre un travail et une récompense financière n'est pas le seul ressort de la motivation au travail. Un autre ressort majeur tient dans le contenu même du travail, son intérêt, sa nature, la satisfaction du travail bien fait, du dépassement de soi. Ce dernier point du dépassement de soi comme moteur renvoie à un autre théoricien du besoin, McClelland.

- **La théorie des besoins de McClelland (1961) :**

McClelland et ses collaborateurs ont proposé une théorie des besoins encore appelée théorie de la motivation par l'accomplissement. Cette théorie pourrait constituer un pont entre une approche dite des besoins et une approche comportementale. Selon Robbins et Judge (2006, p. 204) :

Cette théorie s'appuie sur trois besoins essentiels :

- **Besoin d'accomplissement** (ou de réussite). *La volonté d'exceller, de se surpasser, de réussir au delà d'un standard établi, de se battre pour arriver à ses fins.*
- **Besoin de pouvoir**. *Le besoin d'amener les autres à adopter un comportement qu'ils n'auraient pas autrement.*
- **Besoin d'affiliation**. *Le besoin de fortes relations interpersonnelles.*

Le besoin d'accomplissement peut se développer tout au long de la vie. C'est un besoin qui peut être stimulé par les managers. McClelland a mis en exergue au cours de ses recherches que certaines personnes se différencient par une envie de mieux faire (Robbins et Judge, 2006). Cela renvoie aux motivateurs de Herzberg par la similarité de l'accomplissement comme facteur de motivation mais aussi par la responsabilité des conséquences de leurs actes que revendiquent ces « battants ». Ils attendent un feed-back sur leurs performances et choisissent des tâches réalisables. Le besoin de pouvoir correspond aux individus qui manifestent un désir d'influence sur les autres. Certaines personnalités possèdent des qualités pour conduire un groupe ou une équipe, elles sont attirées par les rôles de leadership. Nous pouvons penser aux entraîneurs sportifs, Yannick Noah et Aimée Jacquet ont par exemple su fédérer et conduire leurs équipes vers la victoire. McClelland divise ces personnalités en deux groupes. Celles qui ont un besoin de « puissance personnelle » veulent diriger mais ne possèdent pas forcément la souplesse et les qualités requises pour être centrées sur la personne. Celles qui ont un besoin de « puissance institutionnelle » apprécient organiser le travail des autres en adéquation avec les buts institutionnels. Elles possèdent une flexibilité qui leur permet un meilleur contrôle des interrelations. Les meilleurs dirigeants seraient ceux qui ont un fort besoin de pouvoir et un moindre besoin d'affiliation (Robbins et Judge, 2006). Le besoin d'affiliation rejoint le besoin d'appartenance, de relations avec les collègues de travail.

2.1.2.2. Une approche comportementale et cognitive

Les approches cognitives de la motivation permettent d'intégrer la perception de l'environnement par l'individu. En effet, auparavant les psychologues qui travaillaient sur cette question partaient du postulat que chacun réagit à un environnement objectif. Cela ne tenait pas compte du regard et du ressenti propre, de la subjectivité, qui intervient dans l'analyse d'une situation, d'un événement. L'approche cognitive y remédie dès le début des années 60.

- **La théorie VIE (1964) :**

Victor Vroom est le premier en 1964 à proposer une approche cognitive de la motivation au travail (Levy-Leboyer, 2006). Le modèle de Vroom a été très populaire dans les pays anglo-saxons mais a rencontré moins de succès en France. Son principal intérêt repose sur le fait qu'il tente d'expliquer en premier lieu la motivation de l'individu au travail. En effet, il considère l'individu comme rationnel et effectuant ses choix professionnels en fonction d'attentes prédéfinies. Les performances sont adaptées aux résultats attendus par l'individu. Les responsables des ressources humaines peuvent prendre appui sur ce modèle pour analyser les situations de motivation et de démotivation au travail. Par ailleurs, c'est un modèle mathématique relativement simple de prime abord qui peut se formuler ainsi :

$$M = V \times I \times E$$

Motivation = Valence x Instrumentalité x Expectation (Fenouillet, 2012). Si l'une de ces trois composantes est nulle, la motivation sera nulle. Chaque paramètre peut aller du négatif au positif.

La **valence** correspond à la composante affective que l'individu attache à un résultat. Si une promotion professionnelle est très attendue par un agent, cette promotion aura une valence positive pour lui. La valence est propre à chacun. L'**instrumentalité** représente la relation construite par l'agent entre la performance et le résultat. Nous pouvons l'illustrer par la perception que se ferait un salarié des modalités d'attribution d'une prime. Si ces modalités sont précises et compréhensibles l'instrumentalité sera positive. S'il ne comprend pas comment et pour quelle performance cette prime est attribuée l'instrumentalité sera négative. Enfin, l'**expectation** correspond à la relation entre l'effort et la performance. C'est la

probabilité de réussite pour un effort donné dans l'esprit d'un individu. Elle varie de zéro à cent pourcent. Elle tient compte des expériences passées, de l'image de soi, de la confiance accordée par la hiérarchie, etc. L'instrumentalité et l'expectation dépendent de l'individu et de sa hiérarchie.

Cette théorie, aussi nommée théorie des attentes, a reçu des compléments par Porter et Lawler. Ils intègrent l'équation de Vroom dans une suite d'évènements. La motivation se définit alors davantage comme un processus. Levy-Leboyer (2006) précise que « de ce fait, la motivation n'est plus vue comme une caractéristique stable de l'individu mais comme une interaction individu/situation, en évolution constante puisque l'expérience acquise contribue à la modifier » (p.73). Elle affirme de plus que les résultats des recherches visant à tester ce modèle cognitif démontrent sa validité.

L'avantage de cette théorie, outre sa validité, c'est qu'elle permet une application concrète pour un manager. Un cadre de santé peut s'en inspirer pour mettre en œuvre des dispositifs visant à motiver les agents de son équipe. Par exemple, concernant l'instrumentalité il s'agira d'exprimer clairement les attentes de l'institution dans l'écriture d'un profil de poste et de s'assurer que la perception de l'agent soit en phase avec ces attendus. L'entretien annuel permettra quant à lui d'évaluer la valence d'un agent face à une tâche. Quel est son objectif propre derrière son exercice professionnel. Quelles missions particulières suscitent pour lui un intérêt supérieur ou davantage d'affect. Pour l'expectation, la valorisation par le cadre peut renforcer l'estime de soi. La délégation ou la responsabilisation peuvent renforcer le sentiment de confiance accordé par l'encadrement. Nous voyons ainsi comment cette théorie peut se transférer à l'exercice quotidien d'un cadre de santé.

- **La théorie des buts de Locke (1976) :**

A la fin des années 60, Edwin Locke conçoit l'hypothèse qu'un objectif clair associé à un travail devient un mobile majeur de motivation (Robbins et Judge, 2006). L'objectif précise la tâche à accomplir mais également l'intensité de l'effort à fournir. Cela renvoie en partie à la définition de la motivation de Vallerand et Thill. En effet, le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance d'un comportement sont repris dans l'objectif. Le comportement est ici une tâche à accomplir dans le cadre d'un travail. Au delà de la simple vérification de son hypothèse, il a mis en évidence que plus un objectif est clair pour un individu, meilleure

en sera sa performance. Ainsi, il est plus efficace de fixer un but précis plutôt que d'utiliser l'expression « fais de ton mieux ». Un feed-back, un retour sur un travail permet d'affiner l'objectif et de le rendre encore plus clair pour l'opérateur. Il diminue d'éventuelles divergences entre le donneur d'ordre et l'exécutant. Néanmoins, une auto-évaluation serait « un facteur motivant plus puissant qu'un feed-back externe » (Robbins et Judge, 2006, p.209). En outre, un objectif difficile à atteindre conduit à de meilleurs résultats qu'un objectif plus facile. L'explication tiendrait dans le fait qu'un objectif difficile renforce la concentration sur la tâche de l'opérateur et augmente sa persévérance. Cette théorie nous apparaît comme indispensable à un cadre de santé. « L'objectif est un des éléments clés de l'implication, ce qui veut dire que sans un objectif clair, connu et bien accepté, la motivation sera faible et fragile » (Levy-Leboyer, 2007, p.133). Ainsi, une attention particulière à la fixation des objectifs, à leur clarté pour les agents est un facteur majeur de motivation au travail. Le cadre de santé devra jauger les compétences pour déterminer avec ses collaborateurs des objectifs stimulants. Cette théorie des buts de Locke nous amène à celle de l'auto-efficacité de Bandura.

- **La théorie de l'auto-efficacité de Bandura (1986) :**

Bandura est un psychologue canadien qui a travaillé sur l'apprentissage vicariant. L'apprentissage vicariant se fait par l'observation d'un travail ou d'une tâche effectuée par un autre opérateur que soi et des conséquences qui en découlent. L'individu se compare et mesure sa capacité à reproduire. Cet apprentissage est complémentaire avec l'apprentissage direct. L'auto efficacité est la « croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités. » (Bandura, 2003, p.12). Il s'agit donc d'une croyance en ses propres capacités, ce qui classe cette théorie dans une approche cognitive. Pour Bandura (2003), l'auto-efficacité participe activement à la motivation. Pour atteindre une performance nous mettons en œuvre des motivateurs cognitifs. En effet, nous cherchons toujours à connaître les causes de nos réussites et de nos échecs. Néanmoins, il considère que nous activons également des motivateurs anticipatoires. Nous ajustons nos comportements en fonction de la performance attendue. Dès que nous parvenons à réaliser un objectif nous pouvons nous en fixer un nouveau un peu plus élevé. Nous ajustons nos comportements en fonction de l'anticipation des résultats que nous en attendons. La motivation agit de la sorte sur les performances. Ainsi Bandura (2003, p.124) propose quatre principales sources de l'auto efficacité :

- *Les expériences actives de maîtrise qui servent d'indicateur de capacité.*
- *Les expériences vicariantes qui modifient les croyances d'efficacité par la transmission de compétences et la comparaison avec ce que font les autres.*
- *La persuasion verbale et des formes proches d'influence sociale soulignent que la personne possède certaines capacités.*
- *Les états physiologiques et émotionnels, à partir desquels les gens évaluent partiellement leur capacité, leur force et leur vulnérabilité au dysfonctionnement.*

Dans le quotidien d'un cadre de santé nous pouvons retenir que des actions de tutorat des nouveaux professionnels favorisent les expériences vicariantes et renforcent alors le sentiment d'auto-efficacité du professionnel et donc sa motivation au travail. L'expérience consolidera cette croyance en ses compétences ainsi que la valorisation des potentiels par le cadre. Cette théorie peut aussi se transférer sur l'éducation thérapeutique afin de consolider le sentiment d'auto-efficacité des patients. Notons que l'effet inverse peut se produire et ainsi démotiver le professionnel comme le souligne Levy-Leboyer : « L'impression de ne pas être compétent détruit évidemment la motivation, puisque cela fait anticiper l'échec, et ceci quelle que soit sa bonne volonté » (2007, p.140). Une adéquation entre compétences et missions est alors indispensable pour ne pas mettre en échec un professionnel. Cela revêt une importance considérable dans l'accueil des jeunes ou des nouveaux professionnels par le cadre de santé. Par ailleurs, la persuasion verbale peut être un outil de valorisation favorisant l'implication des professionnels.

Notons qu'il existe encore beaucoup d'autres théories. Nous pouvons citer notamment les travaux de Deci et Ryan sur l'autorégulation qui ont été poursuivis dans les années 2000. L'intérêt de ces travaux réside dans l'idée de l'autodétermination, c'est à dire le fait d'être à l'initiative de ses propres comportements (Tolve, 2007). L'individu cherche par nature à s'attribuer l'origine de ses actions. Si il considère que ses choix sont guidés par l'extérieur il se sent moins autonome. En revanche, si il ressent que son environnement laisse une latitude à son autonomie, cela majore sa motivation. Retenons simplement que le besoin d'autonomie est un facteur important de motivation pour Deci et Ryan. Néanmoins, la complexité de leur modèle ne nous a pas semblé compatible avec une application au monde du travail.

- **La théorie de l'équité d'Adams (1965) :**

Avec Tolve (2007) abordons le courant de la justice organisationnelle. Il reconnaît à Adams la principale contribution à ce courant. Il résume son idée majeure ainsi :

Sa théorie de l'équité renvoie à la comparaison que fait l'individu de sa situation personnelle à celle d'autres personnes. Adams se réfère à la théorie de la dissonance cognitive de Festinger selon laquelle l'existence d'un écart entre ce qui est perçu et ce qui est attendu est source de dissonance psychologique, produisant une activité qui peut être de nature comportementale : soit augmenter ses contributions, soit les réduire.

Nous comprenons alors que si un agent perçoit un écart entre ses attentes (en termes de rémunération, de reconnaissance ou d'évolution de carrière) et le réel, sa motivation en sera modifiée. Nous sommes encore dans un modèle cognitif puisqu'il s'agit d'une perception. Mais cette fois, un réajustement est opéré par l'individu afin que son effort soit proportionné à son objectif. Robbins et Judge (2006) donnent trois composantes de la justice organisationnelle : La justice distributive, « j'ai le traitement salarial que je mérite », la justice procédurale, « l'attribution des primes est équitable et j'en comprends la logique », et la justice interactionnelle, « je me sens respecté par mon supérieur hiérarchique dans sa façon de me traiter ». Ces trois composantes génèrent ensemble la justice organisationnelle qui correspond à une perception générale d'un lieu de travail agréable parce qu'équitable.

2.1.2.3. Une approche intégrative

Plusieurs modélisations récentes de la motivation au travail ont émergées depuis les années 80. Ces nouveaux modèles intègrent les théories du besoin et les modèles cognitifs dans une vision systémique. Nous pouvons citer celui de Klein en 1989. Ce modèle, dans la lignée de celui de Vroom, propose un réajustement dynamique opéré par l'individu à l'image d'un thermostat. Ses décisions s'opère en fonction de l'écart qu'il observe entre l'attendu et le résultat. Nous développerons ici celui de Robbins et Judge (2006) car, d'une part c'est le plus récent et d'autre part il nous paraît adapté à une utilisation dans une organisation de travail telle que celle d'un Hôpital.

Robbins et Judge (2006) considèrent que leur modèle regroupe à peu près tout ce qui est connu à l'heure actuelle sur la motivation. Il est lui aussi basé sur la théorie VIE de Vroom. Nous le retrouvons schématisé à la figure 2 ci-dessous.

Voyons à présent ce que l'institution référente, le ministère de la santé, a produit comme écrit sur la question de la motivation au travail.

2.1.2.4. La fonction motiver selon la HAS

En 2005 la HAS publie un « guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé ». Ce guide a été réalisé à la demande de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). En effet, les professionnels de santé sont régulièrement amenés à conduire des démarches d'évaluation de leur pratique. « Paradoxalement, le management des établissements de santé et la qualité managériale des responsables (toute personne ayant une fonction d'encadrement) semblent peu ou pas générer de démarches d'évaluation ». Il s'avère pourtant que l'impact du management est non négligeable sur la capacité des établissements de santé à réaliser les missions attendues par la population. Ce guide a donc été conçu pour aider les établissements de santé à inscrire le management à tous ses niveaux dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cinq fonctions ont été retenues pour évaluer la qualité du management : **Prévoir, organiser, décider, motiver, évaluer**. Le diagnostic de la qualité du management devra alors porter sur l'ensemble de ces points. Ici, nous allons nous intéresser à la fonction motiver. Rappelons que nous ne motivons pas un individu au travail mais que nous créons les conditions permettant l'émergence de cette motivation.

La HAS précise qu'il ne peut exister de recommandation universelle en matière de motivation. En effet, celle-ci dépend des aspirations et besoins de chacun ainsi que de l'environnement social et économique. Cela renvoie aux théories du besoin développées plus haut. Ce guide définit la motivation des personnels comme « un processus qui se construit dans le temps et qui doit tenir compte des attentes des individus autant que des secteurs ». Nous retrouvons l'idée de processus comme nous l'avons vue précédemment dans les évolutions apportées à la théorie « VIE ». Ensuite, ils précisent que « la participation d'un individu dépend de sa perception de l'existence d'un écart favorable entre sa contribution et sa rétribution (sous toutes ses formes) ». Nous retrouvons ici la théorie de l'équité d'Adams. Enfin, ils proposent qu'un responsable préserve des espaces de liberté et d'initiative à l'image des travaux de Deci et Ryan ainsi qu'au modèle de Herzberg. L'individu a besoin de s'attribuer l'origine de ses actions et de relever des défis. Par ailleurs, ils mettent en exergue l'existence d'un lien entre « les ressorts individuels de la motivation, les méthodes qui permettent de les stimuler et les valeurs, l'idéologie et les représentations dominantes ». Nous

voyons ainsi que les valeurs portées par les responsables peuvent avoir un effet sur la motivation des agents. Naturellement, dans les métiers de la santé, les valeurs humanistes ressortent spontanément. Elles font partie des représentations d'un soignant. Ils définissent alors trois préalables à la fonction motiver :

- Le partage des objectifs
- La clarté de la responsabilité dans la mise en œuvre
- La contribution individuelle et la reconnaissance

Des objectifs clairs doivent être définis. Cela résonne avec la théorie des buts de Locke vue précédemment. Les objectifs doivent faire l'objet d'une communication exhaustive. Les responsables doivent donner du sens aux objectifs et permettre à chacun de les accepter en les réexpliquant autant de fois que nécessaire. La responsabilité de chacun est identifiée et explicitée par l'encadrement. Chaque membre doit pouvoir se situer dans l'équipe et le service. Cela participe à un sentiment d'équité et permet de situer les espaces d'initiative dans le travail.

Enfin, le comportement quotidien du cadre de santé, sa disponibilité, sa capacité à permettre l'expression de chacun, une souplesse dans l'élaboration des plannings de présence et la qualité des entretiens annuels permettront la manifestation d'une reconnaissance de la contribution de chacun dans le bon fonctionnement d'une unité de soins, d'un pôle, d'un établissement de santé. Le guide de la HAS propose des éléments d'appréciation de la fonction « motiver ». Nous avons choisi de les citer tels quels puisqu'ils résultent d'un important travail réalisé par un large panel représentatif de l'ensemble des établissements de santé. Ils sont au nombre de cinq :

1. *Chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs définis.*
2. *Les prises d'initiative et la créativité, individuelles et collectives, sont encouragées.*
3. *Chaque responsable sollicite les retours d'expérience et met en place une organisation qui favorise les échanges entre l'individu et l'équipe.*
4. *Les performances collectives sont communiquées régulièrement.*
5. *Des moyens sont mis en œuvre pour favoriser la motivation tant individuelle que collective.*

Ces cinq points couplés à des éléments d'appréciation résument en partie les théories de la

motivation développées plus haut. Ils ont l'avantage d'apporter des actions et des outils au responsable afin d'agir sur les ressorts de la motivation (réunions d'équipe, enquête de satisfaction auprès des soignants, participation à des congrès, etc.). En outre, ils mettent en avant la question de la motivation de l'individu dans l'équipe et donc de la motivation de l'équipe soignante. Favoriser l'expression entre l'individu et l'équipe participe alors à la motivation individuelle et collective. La communication des objectifs et des performances joue un rôle essentiel. Le cadre de santé dispose de différents outils allant de la réunion de service aux enquêtes de satisfaction. L'intention du manager qui met en place ces outils doit intégrer l'influence qu'ils auront sur la motivation des agents de l'équipe qu'il encadre. Sa communication devra en tenir compte afin de valoriser les réussites, d'adapter les objectifs, de permettre l'autonomie, la créativité. Notons que nous devons associer au cadre de santé responsable le médecin référent de l'unité de soins, du pôle ou de la structure de santé comme binôme pour piloter la fonction motiver. Nous fouillerons cette question de la motivation de l'équipe soignante au point 2.2 mais avant, nous allons tenter une synthèse de cette importante littérature sur la motivation.

2.1.3. Une tentative de synthèse adaptée à ce travail de recherche

2.1.3.1. Tableau de synthèse du concept de motivation

La motivation a été énormément théorisée. Pour clore ce premier concept nous pouvons tenter un résumé de ce qui pourrait être utile pour un cadre de santé. **La motivation correspondrait à un système multifactoriel dans lequel s'opère un processus en boucle allant de l'implication à la satisfaction des acteurs.** Tous les niveaux hiérarchiques peuvent agir sur les conditions favorisant la motivation professionnelle des membres d'une équipe. Certaines conditions s'avèrent indispensables à l'émergence et au maintien de la motivation. La densité des informations à prendre en compte nous a incité à effectuer une tentative de synthèse opérante pour ce travail de recherche. Nous avons alors réalisé un tableau (Annexe I) afin de faire ressortir les éléments clés pour mieux comprendre les ressorts de ces motivations au travail et donc les possibles leviers du cadre de santé. Nous avons défini les facteurs principaux abordés dans notre cadre conceptuel et nous les avons classés ainsi : image de soi, valeurs, facteurs économiques, organisationnels et hiérarchiques. Ensuite nous avons précisé leur nature intrinsèque ou extrinsèque. Enfin en nous appuyant sur notre expérience et la littérature nous avons mis en regard des facteurs de motivation les ressorts possibles du cadre

de santé pour les favoriser. Ce tableau permettra ensuite de structurer le travail de recueil de données.

2.1.3.2. Démotivation et amotivation

Un point important à ce stade sera de préciser les termes indiquant l'inverse ou le contraire de la motivation. En effet, il est courant d'entendre parler de démotivation dans les milieux professionnels ou dans la vie de tous les jours. Les spécialistes de la motivation parlent davantage d'amotivation pour décrire son absence. Daloz¹⁴ (2016, p.181) nous renseigne sur la non existence d'une définition de la démotivation :

Contrairement à ce que l'on pourrait imaginer, la démotivation n'est pas définie. Ce leitmotiv d'un nombre invraisemblable de discours ne fait l'objet d'aucune littérature. Le malentendu ordinaire vient du fait que la démotivation n'est pas l'absence de motivation (c'est alors une amotivation), ni l'opposé de la motivation au sens d'une implication forte (c'est alors une motivation faible ou un désintérêt du travail) mais le processus d'estompage de la motivation.

La démotivation serait alors l'érosion des facteurs de motivation. Elle est complexe à identifier. Néanmoins, en précisant sa nature nous comprenons qu'il est nécessaire de veiller à l'entretien ou à la réémergence de la motivation. Puisque les agents sont motivés par essence, lorsqu'ils manifestent moins d'intérêt ou une forme de découragement, le cadre de santé pourra remobiliser leur implication en s'appuyant justement sur les théories de la motivation.

Au terme de cette première abstraction, intéressons nous au concept d'équipe afin de tenter de cerner ce que serait la motivation d'un équipe soignante.

2.2. La motivation de l'équipe soignante

Nous employons le terme d'équipe soignante à l'hôpital et dans les établissements de santé. Selon le CRNTL une équipe est « un groupe plus ou moins structuré ayant une finalité commune ». Dans les établissements de santé la finalité commune, le moteur commun, serait donc à priori de soigner et de prendre soin.

¹⁴ Psychologue clinicien

2.2.1. L'esprit d'équipe

Qu'est-ce qui caractérise une équipe ? Robbins et Judge (2006) affirment qu'une équipe est différente d'un groupe. En effet, selon eux un groupe interagit dans un échange d'informations pour prendre des décisions en s'appuyant sur l'expertise de chacun de ses membres. Un groupe ne demande pas nécessairement à ses membres un engagement dans un travail collectif ni un effort conjoint. Les groupes de travail produisent alors une somme de contributions individuelles sans effet de synergie. En revanche, toujours selon Robbins et Judge (2006, p.345), une équipe est un groupe « aux compétences complémentaires dont les performances dépassent la simple somme des apports individuels ». Avec l'équipe apparaît une synergie positive, un esprit, qui augmenterait la performance. Ainsi, l'équipe produit plus que la simple addition de ses talents. R. Mucchielli (2012, p.17) quant à lui propose une définition assez proche :

Dans la catégorie des groupes primaires, l'équipe est une variété originale, qui ajoute à la cohésion socio-affective et aux relations interpersonnelles de face à face, une caractéristique supplémentaire : celle de la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui sera l'œuvre commune.

Pour R. Mucchielli nous voyons que l'équipe associe les efforts de chacun de ses membres pour atteindre une production commune. Nous pensons de suite au modèle de Robbins et Judge (figure 2) qui débute par l'effort individuel. Un modèle de motivation d'équipe serait alors la convergence des efforts individuels vers des objectifs communs au sein d'une performance collective. Cet esprit d'équipe peut-il répondre aux mêmes leviers que les facteurs individuels pour favoriser la motivation d'un collectif ? En somme, agissons-nous différemment lorsque nous travaillons seuls ou en équipe ?

2.2.1.1. La facilitation sociale et la flânerie sociale

Intéressons nous à présent à la différence existant entre nos comportements solitaires et nos comportements en société. Fenouillet (2012) décrit l'observation en 1897 d'un groupe de coureurs cycliste par le psychologue américain Triplett. Ce dernier a comparé un coureur, d'une part seul contre la montre, et d'autre part opposé à un autre coureur. Il s'avère que sa performance est meilleure dans le second cas. Il développe alors le concept de *facilitation sociale*. La simple présence d'une autre personne renforce la motivation. D'autres études sont évoquées par Fenouillet et notamment une étude animale démontrant que les poulets mangent davantage lorsqu'ils sont en groupe que lorsqu'ils sont seuls. Nous sommes ici dans les théories béhavioristes du conditionnement avec l'idée du drive (moteur) dont nous avons parlé précédemment. Selon les études citées par Fenouillet le groupe génère un drive

secondaire chez les individus. Ce drive secondaire va augmenter l'énergie déployée pour atteindre l'objectif conditionné (récompense, punition). Nous pouvons penser à l'émulation ou à la compétition comme dans l'exemple des cyclistes. Nous sommes des êtres grégaires et par conséquent l'importance d'un comportement social acceptable et accepté peut aussi expliquer ces observations. C'est l'imitation d'une norme à laquelle l'on se conforme dans un groupe pour y être accepté. Cela nous renvoie au besoin d'affiliation développé dans les théories de la motivation. Toujours selon Fenouillet, d'autres études ont révélé que l'observateur ajuste sa performance au niveau de performance observée. Si l'opérateur diminue sa cadence, l'observateur s'y conformera en réduisant son rythme. En outre, un facteur important d'explication serait celui de la diminution de l'anxiété face au risque d'échec lorsqu'un individu est en groupe. Les êtres vivants se sentent plus forts en groupe que seuls. Nous voyons ainsi différentes dynamiques à l'œuvre dans une équipe. En ce qui concerne l'équipe soignante, l'objectif est commun pour l'ensemble de ses membres. Il s'agit de soigner, de prendre soin, d'accompagner. En revanche, chacun dans l'équipe détient un ou plusieurs moteurs qui lui sont propres. Bien connaître les membres de son équipe permet alors de repérer les facteurs qui mobilisent chaque agent. Dans un management d'équipe la facilitation sociale incitera alors le manager à favoriser l'émulation, les échanges pour favoriser le maintien d'un niveau de performance collective.

Si le collectif renforce la motivation, il peut à l'inverse l'émousser. Fenouillet (2012) présente ce phénomène sous la dénomination de flânerie sociale. Il cite l'expérience que Ringelmann fin 19^{ème}. Ce dernier demande à des hommes de tirer le plus fort possible sur une corde. Il observe que lorsque le groupe augmente, chaque individu réduit son effort moyen. Est-ce lié à une baisse de motivation ou à un manque de coordination ? Il présente ensuite l'étude de Latané. Des étudiants qui ont les yeux masqués et les oreilles bouchées doivent crier le plus fort possible dans un groupe et dans un pseudo groupe (l'étudiant crie seul dans une pièce). Latané et ses collaborateurs remarquent que la performance diminue dans les deux situations, ce qui confirme l'hypothèse de la baisse de la motivation plutôt que celle du manque de coordination. Ainsi, la flânerie sociale viendrait de l'impossibilité d'identifier la contribution de chacun dans un travail collectif. Toujours d'après Fenouillet (2012) d'autres études mettent en exergue que lorsque chacun peut identifier correctement la contribution de tous les membres de l'équipe l'effet de la flânerie sociale disparaît. Il semble alors utile que le cadre de santé tente de préciser la contribution de chacun dans l'équipe. Cette tâche paraît tout de

même complexe mais nous permet de faire le lien avec les facteurs intrinsèques et extrinsèques de la motivation pour une équipe soignante.

2.2.1.2. Motivation de l'équipe soignante

Les sources de motivation extrinsèques sont plus délicates à mettre en œuvre à l'échelle d'une équipe. L'identification de la contribution de chacun à une performance collective est en effet pratiquement impossible comme le suggère Claude Levy-Leboyer (2007). A l'hôpital, c'est la continuité des soins qui prime. Cette continuité n'est possible que par un travail collectif structuré. L'utilisateur bénéficie d'un ensemble d'expertises de différentes professions et dans chaque profession de l'expertise d'une diversité d'individus, chaque individu étant unique. Cette diversité est une vraie richesse et offre un potentiel dont le manager soucieux d'une amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ne saurait se passer. Il est tout de même légitime de s'appuyer sur ce type de motivation pour un cadre de santé. Au delà de la rémunération, une motivation extrinsèque pourrait être de bénéficier d'une formation, d'une promotion professionnelle, de participer à un congrès.

La motivation intrinsèque correspond comme nous l'avons vu précédemment aux valeurs et à l'image de soi. Elle renvoie à l'idée de satisfaire des besoins de haut niveau. Il s'agit des besoins de se réaliser, d'avoir un rôle social, en somme d'être reconnu dans une équipe pour son travail. Les objectifs liés à un projet de service donnent un sens à une succession de tâches effectuées par plusieurs personnes. Par le partage de valeurs communes nous pouvons donc solliciter la motivation intrinsèque des agents. Ce type de motivation favorise l'implication des professionnels. En effet, s'impliquer c'est accepter des objectifs et les faire siens (Lévy-Leboyer, 2007). Comment un cadre de santé peut intéresser tous les membres de l'équipe dans l'accomplissement d'une œuvre commune ? C'est tout l'art du manager de susciter cette implication de chacun dans un projet commun en exprimant des objectifs mobilisateurs.

Pour R. Mucchielli (2012, p.67), motiver une équipe, « ce problème classique de tous les entrepreneurs, les pédagogues, les responsables de groupes, etc., est plus facile à résoudre si l'on sait tenir compte de trois paramètres inévitables ». Le premier correspond au regroupement des motivations des participants. Le second est la capacité à la coopération de chacun des membres. Le troisième est l'adéquation entre la taille du groupe et la tâche à accomplir. Au total, toujours selon R. Mucchielli, pour fonder une dynamique opérante, une

équipe doit posséder un réseau de communication effectif et proportionné à la nature de la tâche, une entraide lorsqu'un membre traverse une difficulté, l'expression possible des désaccords et l'élaboration commune des objectifs. Nous retrouvons l'idée de faire sien les objectifs de l'équipe, l'appartenance à un collectif et le partage de valeurs. Il enrichit les propos de Levy-Leboyer par les items de l'entraide et du dimensionnement adapté à la mission. Il ajoute que « ce climat permet à l'équipe de faire davantage et avec plus de satisfaction des membres que le groupe additif » (p.77). Nous retrouvons avec R. Mucchielli l'idée d'un climat propice à la motivation de l'équipe.

Selon le psychologue Kurt Lewin, le groupe est influencé par les rôles de ses membres, ses moyens de communication, les valeurs et les buts collectifs mais aussi par le leadership. Dans les années 30 Lewin et son assistant Lipitt conduisent une expérience sur l'impact de différents styles de leadership sur un groupe d'enfants qui mènent ensemble une activité sous la supervision d'un adulte (Lecomte¹⁵, 2015). Le leader autoritaire décide de tout. Le leader démocratique propose et tient compte des avis du groupe et le leader laisser-faire répond seulement aux demandes. Il s'avère que le leader démocratique permet une meilleure performance du groupe et une meilleure satisfaction des enfants. Il existe donc une interdépendance entre le leader et les membres du groupe. Voyons donc quel leadership pourrait être opérant pour motiver une équipe soignante.

2.2.2. Conduire une équipe, le leadership aujourd'hui

Les bouleversements sociétaux modifient en profondeur la relation au travail. La diminution du temps de travail et le développement des loisirs cohabitent avec une courbe du chômage qui ne s'inverse pas. La crise financière et la rationalisation des moyens dans tous les secteurs d'activité n'ont pas épargné la santé. La diminution des moyens traverse les ambiances de travail avec l'idée omniprésente d'efficacité. Performance et productivité grignotent du terrain sur les paradigmes humanistes et sociaux du soin. Nous voyons dans le même temps poindre la souffrance au travail. L'épuisement professionnel, le burnout, creuse son sillon à l'hôpital. Pire, le suicide des soignants émaille de plus en plus l'actualité ces deux dernières années. Daloz (2016) lie l'apparition du phénomène du burnout à deux facteurs conjoncturels. Ce sont d'une part la modification des conditions de travail suite à la crise financière et d'autre part la montée de l'individualisme qui rend les tâches non valorisantes, non

¹⁵ Docteur en psychologie, spécialiste francophone de la psychologie positive

stimulantes, plus difficiles à vivre. Il écrit que « le burnout y a pour symbole la rencontre de soignants fatigués et stressés, et des sujets dépendants âgés, assurément majoritaires » (p.97). Nous ne pouvons effectivement que constater le vieillissement de la population avec l'augmentation des pathologies chroniques. Levy-Leboyer (2006) abonde en ce sens : « nous sommes à un tournant significatif de la culture du travail et les stratégies motivationnelles doivent, et devront de plus en plus s'adapter à un nouveau monde du travail. » (p.23). En effet, le leadership d'aujourd'hui devra jongler avec tous ces facteurs. La question de la motivation des équipes soignantes est donc centrale pour un cadre de santé aujourd'hui. Un article publié en ligne par le journal Ouest France¹⁶ le 28 avril 2017 vient appuyer ces constatations. Il s'agit d'une étude menée par le groupe mutualiste Malakoff Médéric. Depuis 2009, le désengagement des salariés ne cesserait de croître avec l'augmentation de l'absentéisme et la baisse de la performance. Certains salariés n'hésitent pas à dire qu'ils font de la présence pour faire de la présence. Cette étude pointe le sentiment de manque d'autonomie comme principal facteur de désengagement. La multiplication des procédures en serait la cause et la perte de sens dans les tâches à accomplir la conséquence. Ils soulignent que « négliger les attentes des salariées revient à prendre le risque de leur désengagement ». L'hôpital et les structures de soins en générale ont vu croître exponentiellement les procédures dans un souci bien compréhensible de sécurité et de qualité des soins. Néanmoins, avons nous tenu compte de l'impact de cette multiplication sur l'implication et la motivation des soignants ?

Avant d'aller plus loin précisons le sens des termes leadership et management. Robbins & Judge (2006, p.412) citent John Kotter, professeur à la Harvard Business School en précisant que « le management consiste à gérer la complexité » alors que le leadership correspond à « la capacité d'orienter et de mobiliser durablement un groupe d'individus vers l'accomplissement de buts précis ». Cette définition du leadership résonne avec notre question de recherche. Le verbe mobiliser renvoie à la motivation et le groupe d'individus à l'équipe soignante. Voyons les styles de leadership les plus actuels dans la littérature.

¹⁶ www.ouest-france.fr/economie/entreprises/engagement-au-travail-les-salaries-de-moins-en-moins-motives-4956110

2.2.2.1. Le leadership situationnel

Dans leur ouvrage « prévention des risques en unité de soins » (Gaba-Leroy, C. et al, 2003) un collectif de quatre encadrants, un coordonnateur général des soins, deux cadres infirmiers experts et un cadre supérieur de santé à la direction des soins, rappellent que le management est un domaine à risques. En effet, les facteurs organisationnels, relationnels, hiérarchiques et économiques déterminent un climat favorisant ou non la motivation. Le risque identifié est celui de la démotivation de l'équipe soignante. Cette démotivation entraîne des conséquences délétères. Ces conséquences peuvent être par exemple des accidents de travail, de l'agitation dans le service, des soins inadaptés aux malades, des tensions, des malentendus.

Ce collectif d'auteurs souligne donc l'importance de la fonction « favoriser la motivation et encourager les projets professionnels » figurant dans le décret du 18 août 1995 encadrant les compétences d'un cadre de santé. Le cadre aurait alors un rôle de régulateur des conduites au sein de l'unité dont il a la responsabilité. Cette régulation s'effectue par sa communication verbale et non verbale, son attitude. Un risque lié au mode de management serait d'appliquer le même quelque soit l'individu dans l'équipe. Cela signifie ne pas tenir compte des compétences et des motivations propres à chacun. Ils s'appuient alors sur le travail de Hercey et Blanchard en 1988 afin de déterminer l'influence du mode de management en fonction de la compétence et de la motivation des collaborateurs. L'idée est d'adapter le mode de management en fonction de l'autonomie du collaborateur. Ce type de leadership prend le nom de « leadership situationnel » et s'adapte donc aux compétences et motivations de chaque agent. Nous pouvons les résumer en quatre points :

- Un mode directif correspond à un manager qui connaît bien le travail à exécuter et qui est précis dans ses demandes et instructions.
- Un mode persuasif consiste à expliquer, susciter des questions et s'assurer de la bonne compréhension des demandes formulées.
- Un mode délégatif consiste à s'appuyer sur l'équipe en tenant compte des avis et des attentes afin de soutenir les collaborateurs dans leurs tâches.
- Enfin, un mode participatif se situe au niveau de l'échange avec la possibilité d'innovation et d'analyse collective des résultats.

Ils proposent le tableau 2 ci-dessous pour lier la motivation au mode de management.

Tableau 1 : Modes de management et motivation

Compétence	Motivation	Mode de management
Ne sait pas bien	Ne veut pas	Mode directif
Ne sait pas bien	Veut bien	Mode persuasif
Sait faire	Veut mais	Mode déléгатif
Sait faire	Veut faire	Mode participatif

(Gaba-Leroy, C. et al. 2003, p.58)

Le cadre de santé veillera ainsi à s'adapter à l'expérience et l'autonomie des agents afin de maintenir leur motivation au travail. Le sentiment d'auto-efficacité explique bien les liens faits dans ce tableau. Un agent qui se pense « incapable » de réaliser correctement un soin ou un service aura besoin d'un mode de management directif afin d'être sécurisé jusqu'à ce qu'il se sente capable de faire seul. Ainsi il ne ressentira pas d'émoussement de sa motivation.

2.2.2.2. Le leadership transformationnel

Quel autre type de leadership permettrait de favoriser la motivation d'une équipe soignante ? Selon Claude Lévy-Leboyer (2007), un leadership « transformationnel » peut favoriser la motivation intrinsèque et l'appropriation des objectifs, c'est à dire l'implication. Les leaders « transformationnels » mettent l'accent sur l'actualisation et le développement des compétences. Ils encouragent l'expression de chacun dans l'équipe en valorisant tous les membres de l'organisation, ce qui renforce le fait que chacun prenne ses responsabilités. Ils favorisent la formation et la participation à des expériences apprenantes comme les analyses de pratiques, les ateliers de simulation. Cette attitude du manager répond au besoin d'autonomie et de développement de soi. Par ailleurs, cette attitude permet de favoriser la confiance en eux des agents. Toujours selon Levy-Leboyer, les leaders transformationnels manifestent un charisme au travers d' « un sens fort des objectifs de l'entreprise qu'ils savent communiquer efficacement ». Cette communication est efficace si elle entre en résonance avec les intérêts et objectifs de l'institution tout en « touchant » chacun dans l'équipe soignante. Chagué (2007, p.15) ajoute la temporalité à cette dimension de la communication du cadre. Il affirme que « la motivation et l'implication des soignants sont étroitement liées aux expériences professionnelles vécues dans la durée. Communiquer dans la transparence avec l'ensemble de l'équipe est un élément favorable à une meilleure implication des individus dans le travail ». Outre le temps nécessaire à solidifier la confiance et l'interconnaissance, la transparence contribue à maintenir l'implication des soignants. L'accès

aux informations nécessaires pour les agents est du ressort du responsable hiérarchique. Les communiquer au bon moment et aux bonnes personnes relève de sa responsabilité. Au total, le leader transformationnel s'appuie sur l'autonomisation des membres de son équipe. Il parvient à « toucher » chacun pour le concerner par l'objectif commun puisqu'il valorise la contribution de tous les membres de l'organisation.

2.2.3. Quel leadership pour motiver une équipe ?

A ce stade nous disposons de deux styles de leadership sur lesquels les cadres de santé peuvent se fonder pour favoriser la motivation d'une équipe soignante. Néanmoins, comme nous l'avons déjà pressenti avec le leadership transformationnel, du fait de sa position dans l'organisation le cadre de santé porte davantage que cette capacité d'orienter un groupe d'individus dans un but précis. En effet, savoir quel type de management ou de leadership conviendrait le mieux peut s'avérer un « vœu pieux » s'il n'est pas « incarné » par le cadre. Chacun de ses faits et gestes, chacune de ses paroles ont une portée institutionnelle. Cette incarnation serait l'art du cadre de santé que nous avons abordé précédemment. La notion de posture nous apparaît alors comme un élément de compréhension à développer pour répondre à notre question de recherche.

2.3. Construire une posture de cadre de santé par une approche motivationnelle

Penser la motivation et la satisfaction des employés au travail apparaît incontournable dans le management d'aujourd'hui. Nous avons vu comment le leadership peut agir sur la motivation des soignants. Alors, comment penser l'art du manager ? Zambello¹⁷ (2014) établit un lien entre le comportement du cadre et la satisfaction des soignants. Quelle abstraction pouvons nous faire du comportement du cadre de santé dans le quotidien d'un service de soins? Peut-il être théorisé ? Nous tenterons d'investiguer cette réalité en nous intéressant à la posture professionnelle du manager dans le sens de sa manière d'être et d'agir en interaction avec son environnement.

¹⁷ Infirmière, cadre de santé

2.3.1. La notion de posture

2.3.1.1. Tentative de définition de « posture »

La posture n'est pas aujourd'hui considérée comme un concept. Il s'agit donc à l'heure actuelle d'une notion. En effet, dans la littérature la notion de posture professionnelle n'est pas encore stabilisée. C'est dans le champ des sciences de l'éducation que nous la retrouvons le plus. Lameul¹⁸ (2008) décrit la posture comme « la manifestation (physique ou symbolique) d'un état mental ». Cela rejoint la définition du CNRTL (citée en introduction) qui la définit comme une « attitude morale » synonyme du comportement, de la ligne de conduite. La posture professionnelle se construit donc dans le mental. Elle est alors fortement conditionnée par l'histoire du cadre et la perception qu'il aura de son environnement. En effet, toujours selon Lameul (2008), cette posture est « façonnée par nos croyances et orientée par nos intentions, elle exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification ». Comment ne pas faire le lien avec le concept de motivation. C'est alors la motivation du cadre de santé, ce qui l'anime, qui influencera sa posture. L'image que le cadre de santé donnera au travers de sa communication verbale et non verbale reflètera la nature de ses « moteurs », les valeurs qu'il portera devant l'équipe.

Par ailleurs, Starck¹⁹ (2016) émet l'hypothèse que la posture professionnelle « est le lieu d'une rencontre intime entre des sujets animés par le souci de bien faire leur travail, des attentes spécifiées par un ensemble de normes professionnelles et sociales antécédentes et des contraintes portées par la situation ». Cette volonté de bien faire qui anime renvoie aux intentions. Il met en exergue l'adaptation à la situation et au milieu professionnel. La posture est donc en mouvement et ne présente pas un caractère figé comme pourrait l'être un positionnement. Elle revêt cependant des fondamentaux, des invariants qui sont gravés dans la construction personnelle et identitaire du cadre de santé. La posture serait-elle alors l'incarnation d'une fonction, d'un rôle social et professionnel par un individu ?

¹⁸ Enseignante chercheure en sciences de l'éducation

¹⁹ Docteur en sciences de l'éducation

2.3.1.2. La congruence pour construire une posture de manager

N'avons nous pas tous un rôle à tenir dans notre famille, dans la société et bien sûr dans notre travail ? Becker²⁰ (2015, p.201) cite Carl Gustave Jung qui « appelait persona cette partie de nous même que nous présentons en société ». Persona renvoie aux masques des comédiens de l'antiquité. Selon elle le rôle de manager doit aller plus loin. Elle emploie le terme de « vous complet » pour définir la congruence entre le rôle professionnel et le moi profond. Cette congruence est nécessaire pour devenir un « être vrai, un manager vrai ». C'est cette congruence qui permet d'être bien avec soi-même. C'est ce « vous complet » qui est perçu dans le verbal et le non verbal du cadre de santé par ses collègues. C'est cette authenticité qui fera que les autres l'écouteront, le suivront. Nous retrouvons ici l'idée d'incarner la fonction. C'est dans cet esprit que Becker (2015, p.39) précise qu' « être capable de fournir des signes de reconnaissance aux membres de son entourage nécessite d'avoir fait la paix avec soi-même et adopté une image bienveillante de son rôle au sein de l'entreprise ». Pour être congruent et donner des signes de reconnaissance authentiques qui favoriseront la motivation de l'équipe il s'agit ainsi d'être en accord avec soi-même, avec ses valeurs. C'est d'autant plus important pour un cadre de santé qui est au croisement de différentes logiques. Il saura alors se positionner lors des nombreuses décisions qu'il devra prendre. Cette congruence apportera de l'assise à sa posture de manager et favorisera ainsi l'implication et la motivation des agents de son équipe.

2.3.1.3. Le soutien social, une posture du cadre de santé ?

La motivation au travail s'appuie aussi sur l'utilité sociale qu'apporte une activité professionnelle. Levy-Leboyer nous indique que « ce n'est que récemment que l'on s'intéresse à une source de motivation directement tirée de l'exercice même du travail, des responsabilités et du rôle social qu'il implique. » (2006, p.76). Ce rôle social est clairement identifié pour les soignants, la relation d'aide, l'empathie, le prendre soin, etc. Mais qu'en est-il pour l'encadrement soignant?

Le soutien social correspond d'une part à l'entraide apportée par le réseau social en cas de difficultés et d'autre part à la disponibilité relationnelle d'un point de vue psychologique. N'est-ce pas là une partie non négligeable des missions d'un encadrant ? Ruiller (2012) nous montre dans son travail de recherche sur le caractère socio-émotionnel des relations de

²⁰ Consultante, formatrice et coach (conseil RH, accompagnement des managers)

soutien à l'hôpital que le comportement du cadre de santé favorise un climat « soutenant » par son exemplarité. Selon son style de leadership, il permet ou non la verbalisation des problèmes. Un soutien opérant se construirait alors sur une attitude d'ouverture et d'écoute active, sur la reconnaissance professionnelle et sur l'instauration d'un climat de confiance par le manager. Il exerce un rôle de régulation par une aptitude à « envelopper les relations interpersonnelles » ainsi qu'en veillant à la justesse des informations circulant dans l'unité de soins. Elle utilise la formulation de « *capacité d'ajustement de la cognition collective* ». Afin de mesurer l'importance du soutien social dans les sciences de gestion elle cite une étude sur la satisfaction au travail et l'abandon du métier de soignant réalisée à l'échelle Européenne sur dix Pays (Allemagne, Belgique, Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Norvège, Pologne, Slovaquie) par Presst-Next (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail). Cette étude réalisée auprès de 37 161 personnels soignants a été financée par la commission européenne. Nous trouvons pertinent de reproduire cet extrait de l'article :

Le manque de soutien psychologique devance les conditions physiques du travail, le temps de chevauchement des transmissions et le salaire, au chapitre des motifs d'insatisfaction à l'hôpital. Quand 66,1% du panel national et 72,3% de celui de l'AP-HP exprime son mécontentement, il apparaît crucial d'approfondir l'état des connaissances sur le soutien au travail.

Nous voyons clairement que pour maintenir la motivation au travail des soignants le soutien psychologique de la hiérarchie prime sur tous les autres facteurs. Ruiller s'appuie sur la typologie de House (1981) qui exprime le soutien au travail sous 4 items : le soutien émotionnel, le soutien de l'estime, le soutien informatif et le soutien matériel. Le cadre de santé devra donc s'assurer que l'ensemble des membres de l'équipe qu'il manage a bien accès aux informations et aux moyens permettant un travail opérant en sécurité. Par ailleurs, la reconnaissance personnelle et professionnelle de ses agents constitue un socle de son management. Il devra néanmoins opérer un savant dosage entre reconnaissance personnelle et collective. Enfin, sa place dans l'organisation le prédispose à tendre l'oreille et être disponible pour « recevoir » les doléances, les problèmes personnels et soutenir psychologiquement son équipe. Il serait alors l'expert du climat social de son unité, un climatologue en capacité de permettre un « climat soutenant » et ce en particulier dans les périodes difficiles telles que les restructurations, les rationalisations de moyens, que l'hôpital traverse depuis quelques années.

2.3.2. Une posture fondée sur une approche motivationnelle

Au terme de notre cadre conceptuel nous avons souhaité catégoriser cette posture professionnelle en quatre points. En effet, une posture construite sur une approche motivationnelle de l'équipe soignante pourrait se résumer aux quatre items suivants : une posture sécurisante, une posture valorisante, une posture stimulante et une posture bienveillante.

2.3.2.1. Sécurisante

Le besoin de sécurité constitue un des besoins primaires de tout individu. Instaurer un climat de confiance est donc le socle du management. Dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit pourrait résumer la fiabilité indispensable à un manager sur lequel les équipes peuvent s'appuyer. Expliquer ses décisions permet en effet de renforcer le sentiment de justice procédurale, le sentiment d'équité de traitement au sein d'une équipe. Par ailleurs, nous avons vu qu'un leadership situationnel permet de sécuriser les agents peu expérimentés puis de leur laisser progressivement plus de latitude. L'accès aux informations nécessaires est aussi un point essentiel de cette posture sécurisante. Selon Levy-Leboyer (2007) « Il faut donc informer pour motiver, notamment donner des informations à chacun sur ses compétences et des indications précises sur ce qu'on attend de lui. » (p.133).

2.3.2.2. Valorisante

Nous avons vu à quel point le besoin de reconnaissance est un facteur central de la motivation au travail. C'est une double reconnaissance dont les individus ont besoin ; Reconnaissance en tant que personne évoluant au sein d'une société et reconnaissance en tant que professionnel évoluant au sein d'une institution. Becker (2015) nous précise que « pour être épanoui dans son travail et alimenter sa motivation, un individu a besoin de se sentir utile, valorisé et compétent dans le regard des autres, et en particulier dans celui de son manager (p.208). Une posture valorisante se bâtirait alors sur la reconnaissance des compétences individuelles et collectives, sur la communication des résultats et performances ainsi que sur les possibles rétributions en termes de formation, participation à des congrès, etc.

2.3.2.3. Stimulante

Le cadre de santé peut développer une posture stimulante en favorisant des temps de retour d'expérience, d'analyse de pratiques. Nous pensons au leader transformationnel qui s'appuie sur les expériences apprenantes pour responsabiliser chaque membre de l'équipe. En outre,

lorsque les objectifs individuels et collectifs sont clairement établis et font l'objet de retours, de feed-back, l'implication et l'adhésion sont plus naturelles. Bien sûr le partage de valeurs communes qu'il faut parfois rappeler (le patient est au centre de toutes nos préoccupations quelque soit notre fonction) participe de cette posture stimulante. Enfin, l'autonomie à travers l'expression de la créativité constitue un puissant levier de cette posture stimulante.

2.3.2.4. Bienveillante

Agir selon ses valeurs nous conduit à penser la bienveillance comme un des piliers de cette posture professionnelle en construction. Dortier²¹ (2015) évoque un appel à la bienveillance signé par 300 entreprises. Pour certains, cette bienveillance serait même un levier de la performance. Considérer les personnes, veiller à la qualité des relations humaines et être attentif aux conditions de travail sont les bases de cette bienveillance en entreprise. Nous retrouvons tous ces aspects dans les facteurs favorisant la motivation au travail. Nous pensons donc au soutien social, à la souplesse, à la disponibilité ainsi qu'à la facilitation des rapports interpersonnels pour décrire une posture bienveillante du cadre de santé.

Sur les questions de la motivation au travail et par extension de la qualité de vie au travail, le climatologue social que serait le cadre de santé a donc une responsabilité qu'il peut décliner concrètement dans ses missions au quotidien.

²¹ Sociologue

3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1. Choix de la méthode

La nature du questionnement à l'origine de ma problématique m'a incité à placer ce travail d'initiation à la recherche dans une démarche hypothético-déductive. En effet, après une réflexion nourrie d'échanges et de lectures sur le thème de la motivation il m'a été plus naturel de partir d'une situation emblématique et d'expériences vécues en équipes afin de délimiter le périmètre de mes interrogations. Ensuite, le choix, dans sa dimension de renoncement, s'est imposé à moi. Les termes choisis pour la question de recherche ont ainsi fait l'objet d'hésitations et de revirements avant d'être posés sur le papier. Un entretien exploratoire auprès d'un psychologue exerçant dans une unité de soins m'a confirmé dans mon cap. J'ai alors pu dégager des hypothèses qui ont été explorées dans un cadre théorique avant d'être confrontées à la réalité du terrain.

3.2. Le champ de l'analyse

3.2.1. Quel terrain ?

J'ai fait le choix de réaliser le recueil de données sur un seul établissement pour permettre une certaine uniformité des conditions de travail. En effet, en restant sur le même établissement, le climat général est le même, les grandes orientations et la politique de l'établissement sont identiques.

3.2.2. Quelle population cibler ?

La question de la motivation de l'équipe soignante m'a conduit à considérer la perception de l'ensemble de l'équipe paramédicale. Le recueil de données devra donc s'adresser aux cadres de santé, aux infirmiers ainsi qu'aux aides soignants.

3.3. L'outil de recueil

Le concept de motivation, comme nous venons de la voir, ne peut être mis sous forme de protocole. Naturellement j'ai été enclin à privilégier une méthode qualitative.

J'ai alors fait le choix de l'entretien compréhensif. Kaufmann (2016) parle de la compréhension de savoirs sociaux intégrés à l'individu. Pour accéder à ce savoir la qualité principale de l'apprenti chercheur sera l'empathie pour mettre en confiance l'enquêté. Selon

Kaufmann (2016, p.59) s'appuyant sur Corcuff, Berger et Luckmann, l'entretien compréhensif est particulièrement adapté aux courants « s'articulant autour de la notion de construction sociale de la réalité, qui refusent la coupure entre subjectif et objectif, individu et société ». Cela m'a convaincu dans le choix d'expérimenter ce type d'entretien vu mon thème de recherche. La population et le terrain étant ciblés j'ai alors sollicité l'accord de la direction des soins pour réaliser des entretiens dans trois unités. Dans chaque unité, j'ai interviewé le cadre de santé, un infirmier et un aide soignant, soit neuf entretiens au total. Ces entretiens ont été effectués dans un service d'urgences, un service de médecine et un service de soins intensifs. En amont, j'ai conçu deux guides d'entretiens (cf. annexes III et IV), l'un pour les cadres de santé et l'autre pour les infirmiers et aides soignants. J'ai souhaité partir d'une unique question identique pour tous. Seules les relances anticipées diffèrent. La question est volontairement large pour laisser un espace de liberté aux interviewés et induire le moins possible les réponses. J'ai eu aussi la volonté de leur permettre d'aborder l'ensemble de leur vie professionnelle. En effet, je ne souhaitais pas qu'ils se centrent exclusivement sur le service dans lequel ils travaillaient au moment des entretiens. Par ailleurs, afin d'éviter le biais du choix des soignants par le cadre de santé j'ai d'abord pensé à un tirage au sort. Concrètement, cela n'a pas été réalisable. Alors, en contactant par mail les encadrants je leur ai proposé de rester dans l'unité sur une plage horaire suffisamment large pour permettre des temps de disponibilité des soignants en fonction de l'activité du service. Les plannings étant déjà validés, c'est le jour choisi qui fait office de tirage au sort. Ainsi, venant sur la même journée autour du temps des transmissions du début d'après-midi, le biais du choix des soignants est partiellement écarté.

3.4. Le déroulement des entretiens

En moyenne, il a fallu 5h dans chaque service pour réaliser les trois entretiens. Dans le dernier service, j'ai dû reprendre rendez-vous avec le cadre de santé le lendemain. J'ai ainsi pu observer l'atmosphère qui régnait dans chaque unité en attendant la disponibilité des soignants. Cette méthode a en effet permis une forme de tirage au sort puisque les soignants ont été sollicités par leur cadre le jour même en fonction de l'activité du service. L'expérience professionnelle des enquêtés va de six ans d'ancienneté à vingt-huit ans pour les infirmiers et aides soignants. Pour les cadres de santé cette ancienneté s'étale de quatre ans à vingt deux ans d'encadrement avec au minimum quatorze années d'exercice infirmier.

Les entretiens compréhensifs sont très fatiguant pour l'interviewer et en particulier pour l'apprenti chercheur que je suis. Effectivement, « l'enquêteur doit en effet s'approcher du style de la conversation sans se laisser aller à une vraie conversation » (Kaufmann, 2016, p.47). Cela requiert une grande concentration. En revanche, mon expérience d'infirmier en psychiatrie et en particulier en CMP (centre médico-psychologique) m'a aidé de par ma pratique de l'entretien infirmier. L'enquêteur doit faire preuve d'une écoute empathique tout en étant connecté au cadre conceptuel afin d'être capable de formuler les relances dans le bon tempo. De plus, les relances doivent parler à l'enquêté : « la meilleure question n'est pas donnée par la grille : elle est à trouver à partir de ce qui vient d'être dit par l'informateur » (Kaufmann, 2016, p.48). C'est un exercice complexe mais passionnant et très riche sur le plan humain.

3.5. Les limites de l'outil

Le faible échantillon consulté lors de cette initiation à la recherche ne permet pas d'arriver à la saturation du recueil de données. Il ne permet pas non plus de mûrir les qualités d'enquêteur évoquées précédemment. En outre, l'histoire et la perception de chacun confèrent à cette enquête une subjectivité évidente même si le thème de la motivation au travail refuse cette coupure entre subjectif et objectif. Au cours des derniers entretiens, je me suis rendu compte qu'il aurait pu être pertinent de coupler à ces entretiens compréhensifs une grille d'observation construite sur les mêmes items que le tableur d'analyse que je vais décrire ensuite.

3.6. Choix d'une analyse à l'oreille

Mon choix s'est porté sur une analyse à « l'oreille » afin de conserver au maximum le sens donné aux propos dans ces « conversations ordinaires ». En travaillant à l'oreille j'ai retrouvé l'atmosphère du service, les intonations, les rires, les soupirs qui donnent du sens aux mots. J'ai retranscrits deux entretiens (cf. annexe V) afin de répondre aux exigences fixées pour la réalisation de ce travail. J'ai aussi réalisé un tableur de verbatim (cf. annexe VII) afin de pouvoir analyser les entretiens. Il est construit à partir du cadre conceptuel comme le montrent les captures d'écran (cf. annexe VI).

4. ANALYSE, INTERPRÉTATION ET SYNTHÈSE

Au terme de ces entretiens compréhensifs débute la phase d'analyse. Le faible échantillon consulté dans le cadre de cette initiation à la recherche ne permet pas l'arrivée à saturation du recueil de données. Ainsi, par définition, aucune affirmation ou infirmation des hypothèses ne pourra émaner de ce travail. Néanmoins, les matériaux récoltés suscitent tout l'intérêt professionnel de l'apprenti chercheur et du futur cadre de santé que je suis. En effet, que va révéler cette confrontation entre théorie et terrain, quelle tendance s'en dégagera ?

Chaque interviewé sera représenté par la lettre E pour entretien suivie du chiffre 1, 2 ou 3 selon le service dans lequel il a été réalisé puis de l'abréviation de sa catégorie professionnelle (AS, aide-soignant, IDE, CS), par exemple (E3 IDE) pour l'infirmière du service n°3.

La question posée était ouverte et volontairement large. Ainsi, un espace de liberté a permis aux professionnels d'orienter leurs réponses vers ce qui caractérise ou définit le plus spontanément leur motivation au travail en regard de leur parcours. La motivation individuelle constituera la première des trois parties de cette analyse. Ensuite nous aborderons la motivation de l'équipe puis l'influence de la posture du cadre de santé sur ces motivations. Nous terminerons cette partie par une synthèse.

4.1. L'individu

4.1.1. La reconnaissance

Un élément ressort unanimement de l'ensemble des interviews. Il s'agit de la reconnaissance. Dans les théories de la motivation c'est effectivement un facteur essentiel. Dans notre enquête la reconnaissance des patients vient en premier lieu. Plusieurs verbatims l'illustrent : « *Il y a de la reconnaissance des patients, c'est motivant ça* » (E2 IDE) ; « (...) *qu'un patient nous dise merci* » (E3 AS) ; « *bon retour des patients* » (E1 IDE) ; *(les patients) qui nous renvoient beaucoup c'est hyper valorisant* » (E3 IDE) ; « *je tiens à vous dire que vous avez une super équipe* » (E3 CS) ; « *quand un patient me dit je suis content que ce soit vous qui êtes là qui faites ma toilette ça me motive* » (E1 AS). Les trois catégories socio-professionnelles interviewées mentionnent cette gratitude des usagers comme moteur de leur investissement professionnel. Le terme « *patient* » est utilisé par tous les enquêtés. En effet, le patient est le dénominateur commun de tous les professionnels de santé. Aussi, il n'est pas surprenant que ces remerciements motivent les soignants quelles que soient leurs fonctions.

4.1.1.1 La reconnaissance par le hiérarchique

Néanmoins, ce que Herzberg nomme reconnaissance d'autrui comme facteur de motivation ne se limite pas au seul patient. En effet, le besoin de reconnaissance par son encadrement est tout aussi fondamental dans le maintien de la motivation. Comme Becker (2015) le souligne, pour nourrir une motivation professionnelle, les individus ont besoin de reconnaissance et particulièrement de celle de leur hiérarchie. « *Avec le patient c'est la seule reconnaissance qu'on aura...* », (E1 IDE) reflète l'expression de ce besoin qui est ici contrarié. Elle poursuit en exprimant que c'est une « *reconnaissance en tant que personne et pas en tant que pion qu'on voudrait* ». Ici se joue une perception soignante d'un manque de considération par l'encadrement et ce notamment en lien avec les remplacements d'arrêts maladie avec cette idée d'un « *pion* » qui vient combler une case vide sur un planning. Cette sensation est sans doute majorée par l'absence de contrôle que peuvent avoir les soignants sur ces décisions. Ils ne peuvent se considérer comme étant à l'origine de ce choix et donc ressentent une perte d'autonomie. Le cadre conceptuel a mis en exergue l'importance de cette perception de marge de manœuvre, d'autonomie dans le processus de motivation. D'ailleurs, selon Levy-Leboyer (2007, p.138) « avoir la possibilité de faire, d'être autonome et de faire des choix est, en fait, une condition essentielle pour se sentir adulte. C'est le sentiment de ne pas être un pion manœuvré par les autres, mais quelqu'un qui compte ». Le choix n'est malheureusement pas toujours possible lorsqu'il faut assurer la continuité des soins. Il est important d'en prendre conscience et de manifester davantage d'attention à la personne à qui l'on demande de revenir remplacer un collègue. Le CS pourra lui proposer d'exprimer une demande en compensation de son retour sur un jour de repos. La reconnaissance passe par la considération de la contribution de chacun. Dans le même sens (E2 AS) déclare avoir « *besoin de plus de considération* » et affirme plus loin « *on ne reçoit pas de reconnaissance* ». Cependant, ces propos sont nuancés par d'autres verbatims qui viennent parfois des mêmes professionnels : « *quand la surveillante, le cadre nous met motivé disponible parce que quelque fois il y a des arrêts on est reconnu et ça ça nous motive* » ; (E1 AS). « *L'entretien est bien... permet de connaître les gens c'est important* » (E1 IDE) ; « *Quand on a une bonne évaluation annuelle par un cadre...ça nous remotive pour finir le travail* » (E1 AS). Il en ressort que ce temps d'entretien annuel permet d'alimenter ce besoin de reconnaissance en tant qu'individu et en tant que professionnel. Il est l'occasion de reconnaître l'investissement des agents. Cela conforte les recommandations de la HAS sur la fonction motiver. En effet, la qualité des entretiens annuels permettra la reconnaissance de la contribution de chacun dans le bon

fonctionnement du service. Cette reconnaissance passe aussi par une forme de rétribution de leur investissement : *« le congrès à Paris pour eux c'est très motivant d'y aller, la reconnaissance et la motivation c'est que nous derrière on travaille avec nos cadres sup pour pouvoir en financer quelques uns »* (E2 CS) ; *« que ce soit donnant donnant on nous oblige à revenir mais par contre à côté on a des temps pour apprendre »* (E3 IDE). Les agents sont sensibles à cette reconnaissance qui favorise le développement de leurs connaissances. Une autre forme de rétribution demeure néanmoins financière : *« quand on voit qu'on a un changement d'échelon ça motive...le quart de point qu'on a en plus par le CHU vous vous dites au moins j'ai fait quelque chose de bien »* (E1 AS). C'est un aspect non négligeable de la reconnaissance du travail et des efforts fournis.

4.1.1.2. La reconnaissance de la contribution de chacun

Il est à noter que les CS ne mentionnent pas dans cette enquête un besoin de reconnaissance de leurs supérieurs hiérarchiques. En revanche, ils se disent attentifs au besoin de reconnaissance des agents de leur équipe : *« on essaye de tout mettre en place pour qu'ils se sentent...reconnus »* (E2 CS) ; *« La motivation c'est l'importance qu'on leur donne dans une équipe »* (E1 CS) ; *« l'intérêt que je portais à chacun »* (E3 CS). Cette attention va même plus loin avec le souci de faire reconnaître le travail infirmier par les partenaires de soins et notamment les médecins : *« Une IDE n'est pas des petites mains, une IDE est un partenaire de soins »* (E1 CS). Que chacun trouve sa place dans un exercice pluri-professionnel est en effet une préoccupation des encadrants. De par leur place dans les organisations ils peuvent tisser et consolider tous ces « liens invisibles » pour reprendre l'expression de Paule Bourret (2006). La cordialité entre professionnels et la considération pour le travail de chacun cimenter alors cette reconnaissance mutuelle.

4.1.1.3. Reconnaissance sociale et désir de soigner

Une autre forme de reconnaissance, sociale cette fois, est aussi mentionnée à plusieurs reprises : *« la motivation dépend de la reconnaissance qu'on peut avoir par rapport à notre métier »* (E2 IDE) ; *« On a une raison sociale...on a un rôle, on existe dans la société »* (E1 IDE) ; *« je me suis sentie bien avec les patients et les visites, on a un rôle très intéressant dans nos métiers »* (E1 AS) ; *« une certaine idée de l'empathie, de pouvoir venir en aide à des gens de rencontrer plein de personnes différentes »* (E3 IDE). La représentation des métiers du soin dans la société est sans doute fortement contributive du choix d'exercer une

profession paramédicale. Selon Svandra²² (2005, p.21) « admettre qu'on ne choisit pas d'être soignant par hasard, c'est reconnaître que le désir y est bien pour quelque chose ». Ici se manifeste la motivation au sens psychanalytique du désir, de la pulsion. Quelque chose de noble, de l'ordre du paradigme humaniste d'un idéal soignant, agit comme moteur et mobilise l'individu qui s'inscrit dans un tel projet professionnel. Svandra (2005) invite à la prudence face à ce désir. Il propose la métaphore du carburant qui nous enflamme au risque de nous consumer entièrement jusqu'au burn out. Le delta entre l'idéal et le réel peut en effet constituer un danger pour les soignants. L'encadrement doit en avoir conscience pour maintenir une vigilance face aux possibles désillusions des professionnels.

4.1.2. Du sens et de l'utilité

La question du sens est présente dans l'ensemble des entretiens réalisés. Souvenons nous que pour A. Mucchielli (2001, p.7) « être motivé, c'est d'abord pouvoir trouver un sens à son action ». Les valeurs humanistes et sociales animent en effet les soignants comme en témoignent les propos suivants : « *ce qui m'a motivé, j'ai toujours voulu soigner moi* » (E2 IDE) ; « *c'est un métier que j'aime* » (E1 IDE) ; « *je suis AS depuis 86 et j'aime beaucoup mon travail par rapport à un travail que j'avais fait dans un bureau* » (E1 AS) ; « *si on aime pas son travail je vois pas comment on peut être motivé* » (E2 AS) ; « *j'aime mon métier, on a apporté quelque chose au patient* » (E3 AS). L'emploi partagé et multiple de l'expression « *aimer son travail* » met en exergue une motivation essentielle. En effet, exercer une profession que l'on a choisie et qui nous plaît garantit à minima une motivation au travail.

4.1.2.1. La satisfaction d'être utile

Ce qui fait sens pour les soignants enquêtés serait l'utilité de leur métier : « *de se sentir utile...si je sors d'une chambre et qu'un patient est bien c'est ma satisfaction de la journée* » (E3 AS) ; « *rentrer en relation avec les personnes que je soigne, leur apporter quelque chose de plus qu'uniquement le soin qu'on peut me demander* » (E3 IDE) ; « *satisfaction des patients* » (E3 IDE). Prendre soin sert la collectivité, la société dans laquelle les soignants évoluent. Ce sont des métiers d'utilité publique. Cela renforce alors le besoin de bien faire son travail. Un facteur de démotivation serait « la qualité empêchée » selon l'expression d'Yves Clot (2010) : « *les histoires de relations d'aide faut oublier...avec la charge de travail* » (E2 IDE) ; « *quand une personne âgée reste 24/48h sur un brancard* » (E2 IDE) ; « *on est à flux tendu* » (E1 IDE) ; « *si vous demandez à des équipes qui sont noyées de boulot, qui voient pas*

²² Cadre supérieur de santé

le jour, qui ont le nez dans le guidon en permanence, de réfléchir sur leurs pratiques ils sont pas réceptifs » (E2 CS). Lorsque la charge de travail se majore, l'esprit même du travail soignant à savoir le prendre soin, la relation d'aide, l'empathie, se voit restreint à son minimum. Cet oxygène vient à manquer et cela entame les valeurs soignantes. Pourtant la motivation au travail se fonde en partie sur la satisfaction d'avoir apporté cette plus-value, cette écoute, ce regard, cette connexion à l'autre. Il n'est alors pas étonnant qu'au court des journées très denses que peuvent connaître les unités de soins, un certain émoussement des motivations se manifeste. Les CS devront être particulièrement vigilants lors de ces périodes de tension. *« Y a pas forcément de moyens mis en place pour alléger la charge de travail donc du coup ça a tendance à démotiver certains services...ça dépend aussi des cadres des fois y a des cadres qui font aussi en sorte que ça se passe au mieux de mettre des personnels à disposition selon la charge de travail et d'autres qui s'en préoccupent moins* » (E3 AS). Il apparaît clairement suite à ce témoignage que les CS doivent tout mettre en œuvre dans la mesure du possible pour trouver une adéquation entre effectifs soignants et charge de travail.

4.1.2.2. Donner et redonner du sens

Le sens du travail des encadrant est aussi mentionné : *« ce qui me satisfait réellement c'est tout ça, c'est ou aider les gens à partir parce qu'ils étaient dans l'ennui etc., ou faire grandir des gens sur le terrain* » (E3 CS). L'utilité se place ici davantage dans un registre de gestion des ressources humaines. Ce qui est satisfaisant c'est d'accompagner et de faire *« grandir »* les agents. Cela donne du sens aux missions du manager. C'est alors une forme de prendre soin qui s'adresse non plus seulement aux usagers mais aussi aux membres de l'équipe. Par ailleurs, les CS utilisent le terme de *« sens »* dans un objectif de mobiliser ou remobiliser les professionnels : *« leur faire réfléchir à pourquoi elles font ça et à quoi ça sert ça ça motive...ça leur donne un sens, j'ai toujours donné un sens à ce que je faisais* » (E1 CS) ; *« re questionner les gens sur leurs motivations, qu'est-ce qui prend le plus de place dans leur vie (professionnelle) est-ce que je suis fatiguée, est-ce que j'ai des choses à donner, à apprendre* » (E2 CS). Donner ou redonner du sens participe alors à la motivation individuelle et collective. L'encadrement peut rappeler régulièrement le sens de chaque tâche dans une continuité des soins, même celles qui paraissent les plus insignifiantes. Il s'agira de replacer les actions individuelles et la contribution de chacun dans un objectif général pour renforcer l'implication des différents acteurs du soin. Ainsi, pouvoir trouver du sens conduit effectivement à maintenir la motivation au travail. En revanche, c'est un facteur intrinsèque qui in fine appartient à chacun. Il semble possible de s'adosser sur cette quête de sens mais il

faudra prendre en compte le fait qu'il puisse être différent selon les individus. L'explication du sens des tâches devra alors être adapté à chacun. Ce sont les qualités pédagogiques des encadrants qui seront ici sollicitées.

4.1.3. Apprendre, évoluer

4.1.3.1. La soif d'apprendre

Le besoin d'accomplissement au sens de Herzberg et McClelland est aussi mentionné par l'ensemble des enquêtés. Dans le modèle intégré de Robbins et Judge (Cf. figure 2) il participe de la première boucle de motivation allant de l'effort individuel vers un fort accomplissement pour atteindre un ou plusieurs objectifs personnels qui renforceront ou diminueront l'effort en retour. L'accomplissement et le dépassement de soi passent par l'apprentissage, la formation. Les occurrences « *apprendre* », « *évoluer* » et « *formation* » ressortent dans la totalité des entretiens et reviennent même plusieurs fois dans certains d'entre eux : « *La soif d'apprendre permet aussi de se motiver tous les jours* » (E3 IDE) ; « *on apprend plein de choses dans nos métiers...je pense jusqu'au dernier jour de ma carrière j'apprendrai quelque chose* » (E1 AS) ; « *les formations ça nous motive* » (E1 AS) ; « *on est toujours dans cette dynamique d'évolution, d'aller toujours encore plus loin* » (E1 IDE) ; « *ce qui est motivant c'est d'apprendre des nouvelles choses* » (E2 IDE) ; « *la formation maintient la motivation* » (E2 CS) ; « *en formation on apprend de nouvelles choses* » (E3 AS) ; « *ça leur permet d'évoluer, d'être en recherche de leurs pratiques* » (E1 CS) ; « *j'ai envie d'accompagner les équipes à évoluer malgré les contraintes et les injonctions* » (E3 CS). Les trois catégories socio-professionnelles sont unanimes sur le lien entre formation et motivation. C'est un indéniable facteur de motivation intrinsèque et extrinsèque sur lequel les managers peuvent s'appuyer pour maintenir ou renforcer la motivation au travail. Il n'est pas nécessaire de s'appesantir davantage sur cet aspect tant il coule de source. Ne sommes nous pas tous enclin à apprendre, à découvrir ? Il s'agit plutôt d'avoir les moyens de permettre cet apprentissage. Les hôpitaux proposent bon nombre de formations internes permettant la professionnalisation de leurs agents. Cependant, le nombre de personnels à former est important et l'imprévu que constituent les arrêts de travail ne permet pas toujours de maintenir ce dispositif comme souhaité. L'effet peut être inverse sur la motivation des professionnels : « *si on demande des formations et qu'on les a pas on finit par plus tellement s'investir* » (E3 AS). Ici, il est intéressant de rappeler la théorie de l'équité d'Adams. S'il existe un écart entre les attendus et la réalité le risque est effectivement que l'individu réduise sa contribution comme le suggère cette professionnelle. Il en est de même

si la formation n'est pas en adéquation avec les attentes formulées par les soignants : « *il reste une place pour la formation machin...je vous ai mis en formation, c'est pas motivant du tout* » (E1 IDE). Ce dernier point rejoint la question de l'autonomie, du fait d'être décisionnaire de nos actions. Ici, une formation imposée renforce le vécu de non contrôle et l'impression d'être un « pion ». Les formations demeurent un puissant levier de motivation. Cependant, la formation en elle même ne suffit pas, il est nécessaire qu'elle soit « désirée » et « adaptée ».

4.1.3.2. Les retours d'expériences formateurs

Néanmoins, le processus d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins engagé depuis les certifications des établissements de santé est un terreau propice à cette formation permanente. Le DPC (Développement Professionnel continu) qui existe depuis janvier 2013 pour tous les professionnels de santé est un outil très utile à cette fin. Le leadership transformationnel met en avant l'actualisation des compétences par les agents. La formation et la participation à des analyses de pratiques sont les pierres angulaires de ce type de leadership. Le besoin de développement personnel peut alors s'assouvir par la participation à des EPP, des CREX (Comité de Retour d'Expérience) : « *Le retour d'expérience, le CREX ça c'est intéressant, c'est de l'analyse de pratique, c'est motivant ça comment on peut s'améliorer* » (E2 IDE) ; « *on fait des CREX 3,4 fois par an* » (E2 CS). Le dépassement de soi prend ici une dimension collective. Dans son « guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé » la HAS (www.has-santé.fr) propose d'ailleurs comme élément d'appréciation de la fonction motiver que « chaque responsable sollicite les retours d'expérience et met en place une organisation qui favorise les échanges entre l'individu et l'équipe ». Bien sûr, l'appui de l'encadrement supérieur, des médecins, psychologues, assistantes sociales, etc., est à rechercher dans la mise en œuvre de ces outils de management de la qualité.

4.1.4. Le hiérarchique

4.1.4.1. La motivation des cadres

Qu'en est-il du rôle du hiérarchique dans la motivation au travail ? Qu'en est-il de la motivation du cadre lui-même ? Selon Gaba-Leroy et al. (2003) la motivation du cadre influence de façon déterminante la motivation des membres de son équipe. Le terrain, toute proportion gardée vu le faible échantillon consulté, semble abonder en ce sens : « *l'année dernière j'ai eu une année un peu flottante et j'ai eu l'impression que ça a eu une influence sur l'équipe* » (E1 CS) ; « *le cadre était en difficulté, le cadre était pas bien et l'équipe était*

en souffrance c'était l'horreur, le cadre ne faisait plus face et on venait à reculons avec la boule au ventre » (E3 CS). Lorsque le responsable traverse des moments de « moins bien », qu'il se retrouve en difficulté, l'équipe en ressent les conséquences. Il serait conseillé d'en référer au cadre supérieur lorsque la situation génère des tensions dans l'équipe. En effet, toujours d'après Gaba-Leroy et al. (2003), les conséquences de la démotivation d'une équipe soignante sont multiples. Cela peut aller de l'agitation dans l'unité de soins à l'accident de travail. Nous ne pouvons pas toujours être opérationnels en toutes situations. Alors le professionnalisme consisterait à rapidement le diagnostiquer pour faire appel à son supérieur avant que des effets délétères ne touchent les professionnels et les usagers. A contrario, lorsque le cadre transmet son optimisme, sa motivation, l'équipe en ressent les bienfaits : « *si la cadre c'est quelqu'un de positif et qui nous dit qu'elle va faire en sorte de nous aider, de trouver des solutions même si bon ça marche pas mais qu'au moins elle essaye de faire donc forcément ça motive l'équipe* » (E3 AS) ; « *avoir cette motivation pour permettre d'impulser cette motivation à cette équipe...être enjoué, optimiste, avoir envie de les amener à progresser à grandir les soignants* » (E3 CS). La motivation du cadre est alors un moteur de l'implication de l'équipe. Il s'avère que même si les démarches du cadre de santé n'aboutissent pas les soignants retiendront surtout ses tentatives et son investissement pour améliorer le quotidien. Il apparaît alors crucial pour le manager de communiquer sur l'ensemble des actions qu'il met en œuvre.

4.1.4.2. Responsabiliser pour motiver

Un autre aspect majeur de la motivation ressort des entretiens. Il s'agit de la responsabilisation. Selon la théorie bi-factorielle de Herzberg, le fait d'assumer des responsabilités est un motivateur. Je classe cet item avec le degré d'autonomie dans les facteurs extrinsèques de la motivation liés à la hiérarchie. En effet, Selon Levy-Leboyer « le degré d'autonomie consenti à ses collaborateurs par la hiérarchie représente donc un facteur sensible de la motivation, particulièrement dans notre culture » (2007, p.138). Le besoin naturel de s'attribuer la paternité de nos actions en est la cause. La responsabilisation et l'autonomie se retrouvent dans le quotidien des structures de soins par l'attribution de références aux soignants (réfèrent hygiène, réfèrent médicament, etc.). Les conduites de projets au sein de l'unité, du pôle et de l'établissement de santé sont aussi des opportunités de responsabilisation des agents. Les CS enquêtés y sont sensibilisés : « *clairement c'est leur donner des responsabilités, je pense qu'on a besoin de tous en prendre, c'est un moteur pour moi que d'être en responsabilité* » (E3 CS) ; « *quand on est en responsabilité on prend sens à*

ce qu'on fait et on a du rendu » (E1 CS) ; « je leur laisse de l'autonomie, je les aide à avancer » (E1 CS) ; « les référents agressivité débriefent avec leurs collègues même quand on est pas là » (E2 CS). En parallèle , les soignants y voient bien une source de leur motivation au travail : « je suis correspondante hygiène » (E1 AS) ; « si avant c'était motivant, je faisais partie de la commission des soins, j'ai fait ça 4 ans ça permet de voir plus haut, ça c'est motivant les instances » (E2 IDE) ; « référent agressivité, formateur sur le CHU » (E2 AS) ; « ça casse un peu la routine d'avoir des projets » (E3 AS). Le manager peut donc utiliser un système de références et la participation à des projets pour impliquer ou re-motiver les professionnels. Il est à noter que l'autonomie dans le rôle propre infirmier est aussi mentionnée par les enquêtés comme élément motivant : « l'éducation thérapeutique c'est un des centres de notre métier qu'est pas forcément du rôle prescrit mais de notre rôle propre...c'est la partie que chacun peut rajouter en fait à nos soins c'est la partie propre à chacun » (E3 IDE) ; « on a une part d'autonomie au niveau des antalgiques, c'est nous qui les donnons » (E2 IDE).

4.1.4.3. Sécuriser pour motiver

Néanmoins, cela ne va pas sans une attention aux compétences des professionnels. (E2 IDE) déclare que « *quand on est à l'IAO (infirmier d'accueil et d'orientation) c'est nous qui décidons c'est intéressant mais parfois c'est lourd* ». Il s'agit ici en effet d'assumer les responsabilités de ses décisions. Cela fait écho avec l'adéquation entre les compétences et les missions évoquée dans le cadre conceptuel. C'est l'auto-efficacité que Bandura (2003) décrit comme un élément participatif de la motivation. En effet, si nous ne nous sentons pas en capacité d'accomplir une mission cela génère de l'anxiété liée à la peur d'échouer comme le confirment les verbatims suivants : « *si je n'ai pas les compétences, je ne suis pas bien, je suis stressé j'ai peur de faire une boulette* » (E2 CS) ; « *évaluer des élèves c'est très difficile parce qu'on les voit une journée ou deux, avant c'était plus facile on faisait plusieurs jours à suivre, c'est pas toujours évident de noter un dossier* » (E1 AS). Un des CS interviewé met ce sentiment d'auto-efficacité en lien avec la qualité de vie au travail: « *ça c'est aussi la qualité de vie au travail si je suis à l'aise dans ce que je fais* » (E2 CS). C'est un point important pour le management. Les CS peuvent s'appuyer sur le management situationnel qui adapte son mode (directif, persuasif, délégatif, participatif) au degré d'autonomie du professionnel pour le sécuriser. Par ailleurs, l'adéquation entre les effectifs et la charge de travail participe également de ce sentiment d'auto-efficacité : « *au niveau des surveillances on ne surveille pas les gens autant qu'on le voudrait parce qu'on a pas le temps c'est pas motivant, c'est un*

sentiment d'inachevé » (E2 IDE). La qualité de vie au travail renvoie aussi aux conditions d'exercice professionnel. Il s'agit bien sûr des locaux et du matériel: « *on a un service ou on a des pièces très agréables tout ça ça motive aussi les conditions de travail* » (E1 AS); « *les demandes pour le service, le matériel, soulager l'équipe quand il y a besoin* » (E3 AS). Mais comme l'indique cette professionnelle dans sa demande de soulager l'équipe, l'effectif soignant demeure une préoccupation majeure à l'hôpital. Les contraintes économiques prennent de plus en plus de place dans les discours et la crainte d'être en sous-effectif est exprimée: « *essayer d'adapter les décisions économiques au services, ne pas oublier les contraintes des soignants* » (E1 IDE); « *mince on va encore être obligé de faire le travail avec l'autre de moins* » (E1 AS); « *arrêts non remplacés, les rappels* » (E2 IDE); « *des fois on s'auto-remplace, certains cadres ont tendance à tirer sur la corde* » (E3 AS). Les soignants manifestent ainsi une peur de ne pas pouvoir effectuer leur travail dans des conditions satisfaisantes pour les usagers et pour eux-mêmes. Un besoin d'écoute et de considération sur ce sujet est manifesté. La proximité est alors le meilleur moyen pour l'encadrement de répondre à ces besoins. (E1 IDE) l'exprime ainsi: « *les cadres de santé qui ne connaissent pas les patients connaissent pas la charge de travail* ». C'est donc sur le terrain, au cœur de l'équipe soignante, que le cadre de santé pourra ajuster son management aux besoins des patients, des familles et des équipes.

4.2. L'équipe

4.2.1. L'entraide et la coopération

4.2.1.1. Rechercher la synergie

Dans les métiers du soin, aider l'autre est un moteur. D'ailleurs, lorsque les professionnels de santé interviewés abordent le thème de l'équipe, les premiers verbatims exprimés concernent l'entraide: « *on sait qu'on peut compter les uns sur les autres* » (E2 IDE); « *une entraide dans l'équipe y a des secteurs qui sont un peu plus lourds on essaye d'être présent au mieux* » (E3 AS); « *on a besoin les uns des autres* » (E3 IDE); « *aider les autres, être complémentaires...on s'entraide énormément* » (E2 AS); « *les autres services prêtent dans le pôle* » (E1 IDE). En effet, selon R. Mucchielli (2012) l'entraide participe de l'opérationnalité de la dynamique d'équipe. Cela correspond au second levier qu'il décrit pour motiver une équipe, à savoir la capacité à la coopération. Cette coopération se manifeste d'ailleurs aussi en dehors du service: « *la rencontre (en formation) avec d'autres collègues pour parler des difficultés* » (E1 IDE). Cette entraide constitue donc une valeur commune aux

soignants. Les CS s'inscrivent dans cette même logique : « *j'adapte ma présence en fonction de l'autonomie des uns et des autres* » (E1 CS) ; « *l'équipe sait que vous allez faire des démarches ou leur laisser des pistes pour y arriver* » (E3 CS). L'équipe dans sa globalité coopère pour prendre soin des patients et de leurs familles. Parfois cette entraide, cette solidarité, se manifeste en réaction à des injonctions médicales que les paramédicaux n'estiment pas adaptées. Dans ce cas, c'est le CS qui porte la parole de l'équipe : « *on maîtrise ce qu'on fait et on est réfléchi dans ce qu'on fait, du coup on peut tenir tête à certains médecins qui voudraient vous faire ci ou ça* » (E1 CS). Dans ce climat d'entraide, toutes les occasions pour réunir les professionnelles sont alors porteuses et plus encore lorsqu'elles intègrent toutes les professions. Je pense notamment aux analyses de pratiques qui peuvent prendre appui sur cette valeur d'entraide pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. En effet, dans un souci de coopération chacun peut apporter sa pierre à l'édifice pour améliorer les prises en charges. L'avantage de ces outils est qu'ils se fondent sur une interdisciplinarité. Cela enrichit chaque corps de métier du regard des autres en répondant en sus au besoin d'apprendre. Cela m'évoque une expérimentation menée par la HAS qui s'inscrit dans la démarche de certification des établissements de santé. Il s'agit du programme PACTE pour Programme d'Amélioration Continu du Travail en Équipe. Une vidéo²³ explicative est proposée sur le site de la HAS. PACTE est une démarche volontaire et synergique :

Une équipe pluri-professionnelle engagée sur un projet partagé et consensuel. Ce projet va permettre aux membres de l'équipe de travailler sur les facteurs organisationnels et humains comme le partage des valeurs, l'écoute, la prise en compte du stress, la communication, l'entraide. Il associe le patient en tant que partenaire de l'équipe.

Rappelons que selon Robbins et Judge (2006) avec l'équipe apparaît une synergie positive qui renforce la performance. Ce programme est encore au stade de l'expérimentation. Il propose des outils pour établir un état des lieux en termes d'organisation, d'animation, de renforcement des pratiques collectives, de la culture de sécurité, etc. Toutes ces propositions sont autant de leviers de motivation des équipes soignantes pour les encadrants.

²³ Consultable sur le site de la HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe

4.2.1.2. Favoriser la facilitation sociale

Ce type de dynamique collective renforce ainsi la motivation : « *Si on a une dynamique de groupe, soigner nos malades du mieux qu'on peut ça porte* » (E1 CS). Cela renvoie également à l'idée de facilitation sociale. Cette synergie favorise l'émulation : « *c'est l'équipe entière qui aide le patient à cheminer* » (E3 IDE). Fenouillet (2012) explique que l'observateur ajuste son niveau de performance au niveau de performance observé. L'implication des autres membres de l'équipe dans les projets, dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, incite tous les membres à s'impliquer. En revanche, s'il n'existe pas d'émulation l'inverse est à craindre, c'est à dire la flânerie sociale. D'ailleurs, une professionnelle enquêtée a soulevé ce risque pour les personnels travaillant sur les pools de remplacement : « *je pense que le désinvestissement est plus important dans le pool que dans les autres services* » (E3 IDE). Il serait alors plus difficile de maintenir une motivation lorsque l'on ne ressent pas d'appartenance à un collectif. Nous avons effectivement vu que le besoin d'appartenance (Herzberg) et le besoin d'affiliation (McClelland) étaient contributifs de la motivation au travail. Au total, il s'agirait pour le manager de favoriser la facilitation sociale en communiquant sur les performances individuelles et collectives. Par ailleurs, une attention particulière aux agents du pool se montre nécessaire pour éviter l'émoussement de leur motivation au travail.

4.2.2. La qualité de vie au travail, l'ambiance et la cohésion

Les conditions du travail en équipe dépendent donc de la coopération, de l'entraide mais aussi de la qualité de vie au travail. (E2 CS) exprime en effet « *qu'une condition favorisant (la motivation) c'est qu'ils aient une qualité de vie au travail* ». Rappelons que selon la HAS²⁴ et l'Anact la perception qu'ont les salariés de la qualité de vie au travail dépend des conditions de travail et de leur capacité à s'exprimer et agir sur les conditions dans lesquelles ils exercent.

4.2.2.1. Des espaces de liberté pour entretenir « l'ambiance d'équipe »

Concernant les conditions du travail en équipe l'occurrence « *ambiance* » apparaît fréquemment dans les entretiens réalisés : « *On travaille tous dans une ambiance, dans la sérénité quoi* » (E3 CS) ; « *l'ambiance compte beaucoup pour être motivé* » (E1 AS) ;

²⁴ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1748894/fr/qualite-de-vie-au-travail-dans-la-certification-v2014

« *l'ambiance d'équipe c'est motivant, on s'entend très bien, on se connaît bien* » (E2 IDE) ; « *quand on a une bonne équipe de travail on est motivé pour faire une bonne journée de travail* » (E1 AS). Ce qui caractérise cette ambiance pour les interviewés serait « *l'entente cordiale, quand il y a le respect, on est dans une dynamique qui va avancer* » (E1 IDE). Le fait de bien s'entendre, de vivre des relations interpersonnelles respectueuses favorise cette perception d'une bonne ambiance. C'est un aspect sur lequel chacun peut agir. Dans le cas inverse la motivation au travail s'en trouve émoussée : « *on avait une mauvaise ambiance bon le travail on allait à reculons* » (E1 AS). (E2 IDE) précise que « *ça s'entretient (l'ambiance d'équipe)...on rigole beaucoup ça compte* ». Des espaces de liberté sont alors nécessaires dans le travail pour entretenir cette « ambiance d'équipe » : « *des temps d'échange libre où on apprend à se connaître ça existe de moins en moins* » (E1 IDE). Ces temps de pause, de respiration permettent de se connaître, de développer des liens, de parler d'autre chose que du travail. (E1 IDE) souligne le fait qu'il serait bénéfique que les CS aille régulièrement faire une pause avec les équipes : « *je pense qu'un cadre apprend plus, tout le monde sait qu'il y a une pause le matin, prendre la chaise et s'installer, pas forcément à toutes et on parle pas forcément du service* ». Cela participe de la cohésion de l'équipe : « *le cadre fait partie de l'équipe* » (E3 AS) ; « *quand on parle d'équipe, on se sent vraiment dans l'équipe et eux nous perçoivent dans l'équipe* » (E2 CS). Il apparaît important pour nos interviewés que le cadre fasse pleinement partie de l'équipe : « *le cadre il fait partie de l'équipe j'en ai tellement vu s'exclure* » (E1 IDE). Ainsi, la place du CS dans l'organisation d'invite à sentir l'ambiance dans l'unité de soins dont il a la responsabilité.

4.2.2.2 Des espaces de discussion pour maintenir la cohésion

Un autre terme usité par les enquêtés concernant les conditions de travail en équipe est donc celui de « cohésion » : « *ce qui facilite notre travail c'est la cohésion de l'équipe* » (E3 IDE) ; « *ça dépend aussi de la cohésion de l'équipe* » (E3 AS) ; « *cohésion d'équipe* » (E2 AS) ; « *une cohésion dans cette équipe* » (E1 CS). Selon R. Mucchielli (2012) la cohésion socio-affective est en effet une partie constitutive du groupe primaire dont l'équipe est une variété. Il s'agit ici de la cohésion sociale au sein de l'équipe soignante. Au delà de l'entraide qui a été mentionnée plus haut c'est le caractère d'unité, d'intégration de tous les membres de l'équipe qui ressort ici. En revanche, pour favoriser cette cohésion, la capacité des soignants à s'exprimer sur l'organisation et les conditions de travail est indispensable. Cela participe de la qualité de vie au travail. D'ailleurs, (E3 IDE) exprime que « *diminuer le temps de*

transmission c'est pas quelque chose qui nous permet d'avoir une cohésion d'équipe ». Le besoin d'expression sur le travail et son organisation est donc contributif de la qualité de vie au travail et par extension de la motivation au travail. Gadhi, V. et al (2017) font mention des premiers retours sur l'expérimentation menée par la HAS, L'Anact et la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) sur la qualité de vie au travail. Ces expérimentations étaient basées sur « l'idée que la qualité de vie au travail se construit avec les équipes, dans une perspective de management participatif et non sur une dynamique descendante » (p.30). Les premières constatations mettent effectivement en évidence « un besoin d'espace de discussion sur le travail » (p.33). Cela rejoint l'expression des professionnels interviewés : « *la motivation des équipes là dedans (réorganisations) il faut qu'ils soient partie prenante...une écoute, qu'on leur impose pas un projet* » (E2 CS) ; « *on est pas entendu il nous demandent notre avis mais tout est fait à l'avance ... pas le droit d'aller aux réunions alors que c'est notre poste qui changeait* » (E2 AS) ; « *on nous change d'organisation on découvre ça comme ça en arrivant* » (E2 IDE). Ce manque de concertation ne favorise pas l'implication et donne un ressenti d'ordres venus d'en haut. La cohésion est plus délicate notamment pour la place du cadre de santé qui doit faire appliquer des directives descendantes. Néanmoins, (E3 IDE) affirme que « *le cadre peut agir sur la cohésion d'équipe et aider à avoir des moments qui apportent de la cohésion à l'équipe en fait* ». Le CS peut mettre en place des réunions institutionnelles pour parler du fonctionnement et de l'organisation de l'unité de soins par exemple. Il peut aussi favoriser des temps d'analyse de pratique qui permettront d'aborder cette organisation. Par ailleurs, favoriser les temps d'échanges permet de diminuer les tensions. Chacun peut exprimer sa vision du travail. Le médecin peut par exemple préciser l'intérêt de ses choix thérapeutiques, l'équipe du matin peut expliquer pourquoi ils n'ont pas pu réaliser telle ou telle tâche, etc. Cela évite les fantasmes, les interprétations qui peuvent nuire à la cohésion.

4.2.2.3. Organisation du travail et cohésion de l'équipe

Sur les trois lieux d'enquête un seul service présentait une organisation de travail en 12h. Il s'avère alors qu'une telle organisation de travail permettrait moins de temps d'échanges et de concertation : « *pas facile de faire passer la communication sur des journées de 12h parce qu'il n'y a plus de temps de communication* » (E2 CS). En effet, les transmissions de l'équipe du matin à celle d'après-midi n'existent plus dans le dispositif en 12h. C'est un temps de moins sur la journée pour faire passer des informations à l'ensemble d'une équipe. Les temps d'inter-équipe se font uniquement aux jonctions avec l'équipe de nuit. Lors de ces temps

l'encadrement n'est généralement pas présent. De plus, les soignants sont moins souvent sur le lieu de travail en nombre de journées, ce qui ne permet pas d'organiser facilement des réunions avec une majorité de l'équipe. Pourtant, les enquêtés semblent apprécier cette amplitude horaire : « *en 12h ça me va bien* » (E2 AS) ; « *ce qui change la vie c'est les 12h...ça permet une coupure et ça aide à être motivé quand on revient* » (E2 IDE). Alors, dans les organisations en 12h, une réflexion pourrait être menée avec l'équipe pour justement réfléchir à comment organiser cette concertation.

La cohésion sociale et l'ambiance d'équipe participe donc de la motivation et de la qualité de vie au travail.

4.2.3. La confiance dans les relations d'équipe

La confiance représente aussi un axe majeur de la vie en groupe. Les relations interpersonnelles souffrent d'un manque de confiance en soi et/ou en l'autre. Nous avons vu précédemment que la confiance en soi favorise la motivation, notamment avec Bandura (2003) et le sentiment d'auto-efficacité, ou encore avec Becker (2015) pour qui la reconnaissance alimente l'estime de soi et donc la motivation.

4.2.3.1. Confiance et performance

Lors de l'enquête la confiance a été abordée à plusieurs reprises comme facteur de motivation : « *des équipes et des cadres qui m'ont fait confiance quand j'ai voulu travailler sur tel ou tel outil ou telle ou telle amélioration des pratiques, du coup vous vous sentez investi de quelque chose qui vous motive* » (E3 CS) ; « *la confiance du médecin c'est valorisant* » (E3 IDE) ; « *s'il n'y a pas de confiance la motivation y en a plus* » (E2 CS) . La confiance que nous accorde l'autre est motivante. La confiance du médecin est ainsi valorisante. La confiance entre pairs est aussi importante : « *avoir forcément confiance et abandonner le reste de ses patients, quelqu'un d'autre va venir et va gérer (en cas d'urgence)* » (E3 IDE). La confiance de l'équipe d'encadrement quant à elle est porteuse. Cela renvoie à l'autonomie et la responsabilité qui renforcent la motivation : « *parce qu'on m'a laissé cette place j'ai eu envie d'en faire plus...j'ai été portée par les cadres qui ont acceptés de me faire évoluer* » (E3 CS). En effet, Levy-Leboyer (2007) nous indique que le leadership situationnel qui répond au besoin d'autonomie et de développement en favorisant la responsabilisation et la participation à des expériences apprenantes renforce par ailleurs la confiance en eux des agents. En outre, l'envie d'en faire plus n'est-il un signe fort de

motivation et d'implication au travail ? En termes d'investissement et de performance c'est intéressant pour les managers.

4.2.3.2. Instaurer un climat de confiance

Comment cette confiance se construit-elle entre le manager et son équipe ? En premier lieu, les soignants ont besoin que leurs supérieurs hiérarchique leur fasse confiance : « *faire confiance au travail que l'on fait* » (E2 AS) ; « *j'ai pleinement confiance en mes infirmières* » (E1 CS). S'ils ressentent cette confiance, ils peuvent en retour faire confiance. Ensuite, « *il faut les écouter, du coup il y a une confiance entre les soignants et l'équipe d'encadrement* » (E2 CS). En effet, le CS est le relais entre le terrain et la direction dans sa communication ascendante. Comment pourrait-il faire remonter les besoins, les attentes de l'équipe s'il n'écoute pas ? Par ailleurs, la confiance se construit sur des bases très concrètes comme la gestion des plannings, l'organisation du service : « *on a besoin d'avoir quelque chose de défini ne serait-ce que par le planning, si le planning est bancal l'organisation aussi...c'est arrivé que des cadres nous changent d'horaire sans nous prévenir ça crée des tensions inutiles* » (E3 AS). Les soignants demandent au cadre d'être « *efficace, assez carré* » (E2 IDE). En définitive, le cadre de santé doit d'abord faire ses preuves sur ses qualités d'organisateur des soins. Cette confiance influence largement la motivation des équipes. Les plannings sont pour cela essentiels : « *le nerf de la guerre pour le cadre on le dit pas mais c'est le planning, un bon planning des agents satisfaits... une équipe qui a un planning tout pourri est pas motivée* » (E2 IDE). Outre la relation de confiance avec le cadre, le planning représente aussi l'articulation entre vie privée et vie professionnelle. Cette articulation contribue à la qualité de vie au travail.

4.3. Le cadre de santé

Quels renseignements nous apportent les entretiens sur la posture du cadre de santé en lien avec la motivation de l'équipe soignante?

4.3.1. Disponibilité, écoute et équité

4.3.1.1. La symbolique de la porte ouverte

Un premier élément concerne la disponibilité du cadre de santé dans sa manière d'être et d'agir. La porte, ouverte ou fermée, représente une manifestation physique et symbolique du mental du manager pour reprendre les termes de Lameul (2008). (E1 IDE) déclare : « *attention au cadre qui devient administratif enfermé dans son bureau* ». Ici, le lien

est rompu. Symboliquement et physiquement une frontière est créée par la porte fermée et le soignant perçoit l'encadrant comme principalement « administratif ». (E3 AS) précise que « *certaines cadres se rendent assez disponibles* ». C'est manifestement un attendu des équipes soignantes. En effet, les CS interviewés y sont attentives : « *ma porte est toujours ouverte* » (E1 CS) ; « *on est des cadres de terrain, on est dedans avec eux...c'est pas la cadre qui est dans son bureau et qui donne des ordres...quand vous êtes en difficulté avec un médecin ou quoi ou qu'est-ce on est là on peut aussi intervenir* » (E2 CS). La porte ouverte symbolise le fait de se rendre disponible pour l'équipe. Cette disponibilité permet de renforcer le sentiment d'être reconnu par son hiérarchique. Par ailleurs, elle maintient la cohésion dans le sens où le cadre est dans l'équipe, sa porte est ouverte, on peut le solliciter comme les autres collègues de l'équipe. Cette reconnaissance et cette cohésion sont, comme nous l'avons vu précédemment, fortement contributives de la motivation au travail. La disponibilité du cadre de santé constitue donc une posture qui favorise la motivation des agents de l'équipe qu'il encadre. Être disponible, « être ouvert » est une posture qui se prolonge dans l'écoute.

4.3.1.2. Permettre à la parole de circuler

L'écoute tient donc du même registre que la disponibilité. Par le besoin d'être écouté, c'est le besoin d'être entendu qui se manifeste. Les entretiens font ainsi émerger ce besoin d'être entendu : « *un cadre qui soit à l'écoute* » (E2 IDE); « *il y a des services où on est très bien entendu par les cadres et ça se passe très bien...d'être écouté quand le personnel ne va pas bien* » (E3 AS). Cette idée de fermeture ou d'ouverture revient ici à nouveau : « *elles sont pas fermées s'il y a un problème* » (E2 AS). Ainsi, le cadre de santé développe une posture d'ouverture qui permet à la parole de circuler librement. C'est cette capacité d'accueillir les mots de l'autre sans juger qui ouvre les voies d'une communication fluide. D'ailleurs, les CS interviewées abondent en ce sens : « *c'est pas d'être leur mère mais c'est d'être à l'écoute...le ressenti et l'écoute du personnel* » (E2 CS) ; « *l'intérêt que je portais à chacun* » (E3 CS). Elles développent des techniques de communication pour être à l'écoute et se montrer ouvertes, disponibles : « *ça va comment, je tends des petites perches j'ai été infirmière moi aussi pendant 15 ans* » (E1 CS). Cette écoute renforce le sentiment d'être considéré ainsi que le sentiment d'appartenance à un collectif. Une posture d'écoute participe donc également de la motivation. D'ailleurs, lorsque cette attitude n'est pas présente des éléments de démotivation sont perçus : « *on ne tient pas compte de l'avis des soignants* » (E2 IDE) ; « *y en a c'est difficile la façon dont ils abordent les gens* » (E2 AS) ; « *nous à côté on est pas plus considéré* » (E3 AS). Alors, apparaît un sentiment d'injustice interactionnelle, tel

que Robbins et Judge (2006) le définissent en développant la théorie de l'équité d'Adams. En effet, les agents ne se sentent pas respectés par leur supérieur hiérarchique. C'est un facteur d'émoussement de la motivation. Une justice organisationnelle doit être effective dans ses trois dimensions (distributive, procédurale et interactionnelle) pour que les salariés perçoivent un climat de travail agréable car équitable.

4.3.1.3. Être juste pour sécuriser

Dans sa posture, le cadre de santé doit ainsi veiller à une équité de traitement pour l'ensemble des agents. La justice procédurale concerne la façon dont les primes sont attribuées mais par extension elle concerne également la façon dont les congés sont répartis sur l'ensemble des professionnels. Ces derniers doivent en comprendre la logique. Le planning, comme mentionné plus haut, est « le nerf de la guerre ». C'est alors un point sensible sur lequel le cadre doit être extrêmement vigilant pour ne pas favoriser ou défavoriser untel ou untel : « *ce qu'on vous demande c'est une équité sur les fériées du mois de mai par exemple, entre Noël et le premier de l'an...l'équité personne n'est miro on voit très bien et ça ronchonne...* » (E1 IDE) ; « *(le CS) qu'il soit juste, impartial, qu'il ne montre pas ses préférences* » (E2 IDE). Il apparaît clairement que lorsque les plannings sont « validés » par l'équipe, d'une part, une confiance s'instaure comme nous l'avons vu plus haut, et d'autre part l'équipe est sécurisée. Elle peut en effet s'occuper pleinement des soins sans l'inquiétude, l'anxiété de savoir si l'un fait plus de fériés que l'autre, etc. Il appartient donc au cadre de santé d'être juste pour sécuriser son équipe. Il s'agit de ne pas toujours demander aux mêmes de faire des efforts pour remplacer les arrêts de travail, de prêter égale attention à chacun et de valoriser la contribution de tous les membres de l'équipe. Ainsi les entretiens mettent en exergue qu'une posture « équitable » génère une perception de conditions de travail agréables.

4.3.2. Observation, soutien et accompagnement

4.3.2.1. Observer et ressentir le climat de l'unité de soins

Par ailleurs, les CS enquêtés prônent une posture d'observateur : « *il faut être dans l'observation, faire connaissance avec les agents, trouver la juste distance, on est pas la copine des soignants mais à la fois faut être suffisamment proche pour pouvoir ressentir les choses* » (E3 CS). C'est assez semblable à l'écoute sauf que sous ce terme d'observation se manifeste quelque chose de plus subtil. Ce n'est plus seulement entendre les doléances, les demandes, les propositions mais ressentir une ambiance. En effet, pouvoir ressentir comment vont les soignants, quel est le climat, l'atmosphère de l'unité, est précieux pour le manager. Il

prend la température en quelque sorte. Il peut ainsi jauger l'état des membres de l'équipe et percevoir l'ambiance de travail. Il pourra alors intervenir à bon escient et être plus attentif à une personne lorsque c'est nécessaire : *« j'ai plus l'œil sur cette personne je sens qu'elle est fragile »* (E2 CS). Le cadre de santé peut également s'appuyer sur « d'autres yeux », « d'autres antennes », pour observer et ressentir l'ambiance, le climat de l'unité. Il peut s'agir des médecins qui renvoient que c'est plus tendu dans les relations ou qu'untel est plus fatigué, etc., ou du psychologue : *« je demande à la psychologue de prendre soin de l'équipe, d'aller à la rencontre du personnel pour leur demander comment ils vont, comment ils gèrent certaines prises en charge »* (E1 CS). Cette observation engendre une possibilité de soutien social pour les agents.

4.3.2.2. Un cadre soutenant

Selon son style de leadership, le cadre de santé permet ou non l'expression des difficultés, des tensions et des mal-être (Ruiller, 2012). En effet, le cadre a un rôle de régulation des relations interpersonnelles au sein d'une équipe : *« il suffit qu'une personne soit plus fragile, ça peut aller très loin, je l'ai vécu personnellement, on m'a fait comprendre que j'étais un boulet pour l'équipe parce qu'il a fallu me remplacer »* (E3 AS). Ce genre d'insinuations ne peut pas avoir lieu dans une unité de soins. C'est alors au cadre de réguler cette tension en expliquant, en clarifiant, en redonnant les règles. Il est aussi amené à recevoir des témoignages de difficultés hors travail mais qui impactent sur ce dernier, les problèmes de garde d'enfant par exemple ou autres situations personnelles : *« situation personnelle prise en compte »* (E1 IDE). Sa place dans l'organisation lui permet cette régulation : *« si on est pas soutenu par le cadre par qui on est soutenu ? »* (E3 AS). Les CS interviewés tiennent à ce rôle : *« on peut pas les avoir dans la difficulté, je veille à ça vraiment je veille à ça »* (E3 CS) ; *« donner les coordonnées de la psychologue du travail »* (E2 CS) ; *« il faut que j'aille vers elle, à ce moment là elle a exprimé ses difficultés d'intégration, on a vu ensemble qu'est-ce qui l'intéresserait quel projet mener même si c'est des tout petits projets pour commencer justement à prendre une certaine place vis à vis de l'équipe »* (E2 CS). C'est cette capacité à envelopper les relations interpersonnelles qui favorise un climat soutenant. C'est ce que Ruiller (2012) nomme « capacité d'ajustement de la cognition collective ». Une infirmière témoigne de l'importance de ce soutien en utilisant le terme de bienveillance : *« et aussi attention, la bienveillance est essentielle...être bienveillant, voir toujours le côté positif »* (E2 IDE). Dans bienveillance il y a veiller, porter son attention sur. Lorsque le responsable veille bien sur l'équipe c'est alors soutenant et motivant pour ses membres.

4.3.2.3. Le cadre, un facilitateur de la vie de l'unité de soins

Ainsi le manager accompagne l'individu et le collectif dans le quotidien d'une unité de soins. Une cadre de santé témoigne « *avoir envie de faire grandir* » (E3 CS). Cela évoque un tuteur qui accompagne la croissance. Elle poursuit : « *encadrer, accompagner, intégrer et amener l'autre à prendre une place et à grandir jusqu'à s'envoler, j'en ai eu, c'est ma principale mission* » (E3 CS). Quelle belle motivation que celle là. En effet, des aptitudes pédagogiques sont attendues de l'encadrement pour permettre aux professionnels d'évoluer, de progresser, de se tenir en état de veille face aux évolutions techniques ou procédurales. C'est l'accompagnement du pédagogue qui accompagne vers le savoir « prendre soin ». Au total, une attitude d'ouverture, une observation, une écoute active, un soutien social constitueraient l'accompagnement du cadre de santé. Ce rôle d'accompagnement confère à cette place une centralité dans l'équipe. Cette place a été décrite par les interviewés : « *le cadre c'est un pilier de l'équipe, si le pilier est un peu château branlant il y a tout qui, c'est le régulateur de tout ce qu'il y a autour, c'est le chef d'orchestre* » (E3 AS) ; « *pour moi le cadre est le rouage* » (E3 CS). Le cadre serait donc un pilier sur lequel repose l'édifice ou un rouage qui permet au dispositif de tourner. J'entends dans ces témoignages que le rôle du cadre de santé est celui d'un facilitateur de la vie de l'unité.

4.3.3. Être en projet et fixer des objectifs

4.3.3.1. Des objectifs précis, connus et acceptés

Les théories de la motivation font la part belle aux objectifs. Comment les enquêtés voient le rôle du manager en ce qui concerne les projets et les objectifs tant individuels que collectifs? Un premier témoignage met en lien motivation, projet et objectifs : « *ça c'est important pour la motivation des équipes, c'est que quand on met en place un projet on part de quelque chose et on sait où on veut aller, on a posé des objectifs, on fait des points de route* » (E2 CS). Cela résonne avec la théorie des buts de Locke. Ici, les objectifs sont posés, on sait où on veut aller. Les points de route offrent la possibilité de réajuster la communication sur ces objectifs. En effet, selon Levy-Leboyer (2007), l'objectif est l'élément clé de la motivation. Si cet objectif est imprécis, peu connu et accepté, alors « *la motivation sera faible et fragile* » (Levy-Leboyer, 2007, p.133). Il peut s'agir d'objectifs personnels ou collectifs. Lorsque les objectifs sont collectifs cela favorise la cohésion : « *on a toutes le même objectif, c'est motivant* » (E1 IDE). Là encore le cadre doit faire preuve d'ouverture pour recevoir les nouveaux projets : « *faut pas que le cadre soit fermé à de nouvelles idées* » (E3 AS). La HAS préconise

d'ailleurs dans son guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé (2005) que « chaque responsable veille à l'adhésion de son équipe aux objectifs définis » mais aussi que « les prises d'initiatives et la créativité, individuelles et collectives, soient encouragées ». Partir du terrain pour proposer des améliorations est donc encouragé par la HAS.

4.3.3.2. Développer une culture de l'auto-évaluation

En ce qui concerne les objectifs personnels, ils renvoient bien sûr aux entretiens individuels : « *on a toujours des objectifs, moi c'est référent agressivité* » (E2 AS). Le fait de proposer des références offre une opportunité de responsabilisation et d'autonomie sur des sujets qui mobilisent les agents. Les objectifs qui en découlent renforcent leur implication et permettent une évaluation de leurs atteintes par l'encadrement. Les entretiens annuels sont un temps privilégiés qui offre un espace de dialogue entre les agents et leur hiérarchique. Ces temps méritent d'être préparés par les deux parties prenantes. Ils sont le lieu des bilans et des projections sur l'année à venir : « *ça permet de poser des temps sur les objectifs de l'année suivante faire un bilan* » (E3 IDE). Les cadres peuvent mieux connaître les agents de leurs équipes, ce qui permet de les orienter davantage sur tel ou tel projet : « *il doit connaître son équipe pour savoir si untel a plus d'appétence pour certaines choses que d'autres* » (E2 IDE). Cependant, certaines fois, ces entretiens sont vécus comme une contrainte. Une absence de sens les prive de leur intérêt : « *l'entretien d'évaluation c'est un peu pipo souvent* » (E2 IDE). Cela m'évoque le témoignage d'un cadre de santé encadrant une équipe de 25 agents en radiothérapie proposé par Chagué (2007) :

C'est à nous, cadres de santé, de motiver les agents et, pour y arriver, je les fais participer aux différents projets du service. Par ailleurs, le fait de fixer des objectifs est ressenti comme une obligation lors des entretiens annuels. J'essaye alors de dédramatiser les choses. Mais les entretiens d'évaluation, tels qu'ils sont faits actuellement, ne sont pas motivants... Pour réaliser ces entretiens, il faut bien connaître les membres de son équipe, mais je ne suis pas assez sur le terrain pour les évaluer en raison des tâches administratives, de la gestion des RTT et de l'absentéisme, des réunions sur la mise en place des pôles...

Une culture de l'auto-évaluation est en construction dans les établissements de santé dans la même dynamique que la culture de la gestion des risques et de la qualité. La mise en lien des compétences et des objectifs permettrait en effet d'utiliser plus encore ce levier des objectifs pour impliquer et motiver les agents.

4.4. Synthèse de l'analyse

Afin de tenter de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises suite à l'élaboration de la question de recherche, ou plus exactement de dégager une tendance de confirmation ou d'infirmer, je vais maintenant proposer une synthèse de cette phase d'analyse.

4.4.1. Une posture professionnelle construite sur une approche motivationnelle

Quelle posture du cadre de santé favorise la motivation de l'équipe soignante ? La première hypothèse émise était qu'une posture professionnelle du cadre de santé construite sur une approche motivationnelle permet l'émergence et le maintien de la motivation de l'équipe soignante dont il fait lui-même partie. Cette posture catégorisée en quatre items, sécurisante, valorisante, stimulante et bienveillante, permet-elle de favoriser la motivation au travail de l'équipe soignante selon nos enquêtés ?

4.4.1.1. Une posture sécurisante

Le besoin de sécurité est un besoin essentiel. Par définition tout individu recherche la satisfaction de ses besoins des plus primaires au plus subtils. Pour construire sa posture professionnelle, le cadre de santé devra donc en tenir compte. Les entretiens ont en effet mis en exergue l'importance de ce besoin de sécurité. Il s'agit pour le cadre de santé d'instaurer un climat de confiance au sein de l'unité de soins. Cette confiance, le cadre s'attache tout d'abord à la gagner. Il doit en quelque sorte se montrer digne de confiance. Cela passe par différentes actions très concrètes. En premier lieu vient sa capacité à organiser le travail. Les plannings sont centraux dans l'organisation du travail soignant, ils sont « le nerf de la guerre » comme l'affirme une enquêtée. C'est donc en s'attachant à être équitable et en expliquant la logique qui préside à leur réalisation que le cadre pourra marquer des points auprès de l'équipe. Les témoignages recueillis sont très clairs à ce sujet. La justice organisationnelle avec ici sa composante procédurale permet ainsi de faire émerger et de maintenir les conditions favorables à la motivation (Robbins et Judge, 2006). En second lieu, vient la fiabilité. Le cadre dit ce qu'il fait et fait ce qu'il dit. En cas de problèmes dans l'unité il est là, sur le terrain. Il est fiable, l'équipe peut compter sur lui si un impondérable survient. Ensuite, son mode de management est adapté à l'autonomie des professionnels par un leadership situationnel. Il tient compte du sentiment d'auto-efficacité de ses agents (Bandura, 2003). Il sera donc plus présent et attentifs aux jeunes professionnels, aux nouveaux arrivés dans l'unité et aux personnels du pool de remplacement. En revanche, laisser de la latitude, de

l'autonomie est motivant pour les agents confirmés dans l'unité. C'est ici la confiance que le cadre accorde au professionnel qui est porteuse. Les entretiens ont montré que cette confiance accordée augmentait par ailleurs la performance des agents. L'expectation qui correspond à la relation entre l'effort et la performance permet de l'expliquer. En effet, la probabilité de réussite pour un effort donné tient compte des expériences passées, de l'image de soi mais aussi de la confiance accordée par la hiérarchie (Fenouillet, 2012). Par ailleurs, les entretiens mettent également en exergue que la motivation du cadre de santé, son optimisme, contribue à sécuriser et motiver les professionnels.

Au total, cette posture sécurisante se construit concrètement au jour le jour par un management de proximité attentif à l'équité de traitement de l'ensemble des professionnels. Ainsi, un climat de confiance se construit progressivement au sein de l'unité de soins. Cette posture favorise la motivation de l'équipe.

4.4.1.2. Une posture valorisante

La reconnaissance est manifestement centrale dans la motivation au travail. Les interviewés sont unanimes sur ce point. Cette reconnaissance prend diverses formes :

- La reconnaissance sociale de l'utilité des métiers du soin
- La reconnaissance de la contribution de chacun par le hiérarchique
- La reconnaissance collective par le hiérarchique

C'est le retour des patients qui est le premier facteur de motivation pour les professionnels consultés. Ils précisent aussi qu'ils aiment leur métier pour ses dimensions humanistes et sociales. La première hypothèse ne sera donc confirmée que partiellement. En effet, la reconnaissance des patients et de leur entourage est indépendante de la posture professionnelle du cadre de santé. Il en est de même pour le désir de soigner même si ce dernier peut s'éteindre en cas de non reconnaissance des efforts et du travail par l'encadrement. Bien sûr, les signes de reconnaissance sont exprimés authentiquement par le cadre de santé. Ce dernier doit être congruent pour que la reconnaissance soit un levier de motivation selon les termes de Becker (2015). Les entretiens montrent aussi que donner ou redonner du sens au travail soignant est motivant. Ce sont des valeurs communes au service du patient qui animent les soignants. Puisqu'il est complexe d'identifier la contribution exacte de chacun dans une prise en charge, le rappel du sens global de toutes les tâches effectuées

pour le patient est parfois nécessaire. C'est là un rôle majeur du cadre de santé. Le risque de perdre le sens d'une tâche prise isolément peut conduire à la négliger alors que dans une perspective plus large elle est essentielle. Une posture valorisante du cadre de santé consisterait également à permettre aux soignants de bien faire leur travail. Cela se manifeste concrètement par une attention aux conditions d'exercices en termes de moyens matériels et d'effectifs soignants. En effet, selon les enquêtés un facteur de démotivation est la sensation de ne pas bien faire son travail. Cela résonne avec « la qualité empêchée » selon l'expression de Clot (2010). Le manque de personnel est l'élément le plus cité pour illustrer cette sensation dans les entretiens réalisés.

Au total, « aimer son travail » et être reconnu par les usagers sont d'importants facteurs de motivations. Ces facteurs sont indépendants de la posture professionnelle du cadre de santé, ce qui infirme partiellement la première hypothèse. Néanmoins, les entretiens confirment l'influence de la reconnaissance par la hiérarchie sur la motivation de l'équipe soignante. Cette reconnaissance par un hiérarchique congruent est valorisante. Elle se manifeste concrètement dans le quotidien par des signes de reconnaissance exprimés authentiquement ainsi que par une communication sur les performances individuelles et collectives.

4.4.1.3. Une posture stimulante

Une posture stimulante a été exprimée lors des entretiens au travers de deux aspects. Le premier pourrait se résumer par l'expression « la soif d'apprendre ». Quant au second, il correspond assez fidèlement à la théorie des buts de Locke développée dans le cadre conceptuel.

Concernant le premier de ces deux aspects, le besoin d'accomplissement et le dépassement de soi sont de puissants moteurs. Les enquêtés utilisent tous les occurrences « apprendre », « évoluer » et « formation ». Le cadre de santé tient un rôle clé quant à cette « soif d'apprendre ». En effet, il collecte les demandes de formation et ensuite les défend devant le cadre supérieur de santé qui les valide. Il est force de proposition lors des entretiens annuels et de formation. En outre, il peut organiser des analyses de pratiques sous la forme d'EPP ou de CREX. Toutes les expériences apprenantes sont plébiscitées par les équipes soignantes. Néanmoins, ce puissant levier de motivation peut se retourner si il est mal utilisé. Les entretiens ont fait ressortir que lorsque l'écart entre l'attendu et le réel des formations

accordées par l'institution est trop grand alors les soignants risquent de se désinvestir. Cela renvoie à la théorie de l'équité d'Adams. Lorsqu'une formation non demandée est proposée parce qu'il faut quelqu'un ou lorsque la formation demandée tarde à arriver, le professionnel aura tendance à réduire sa contribution et sa performance. Ainsi, une posture stimulante consisterait pour l'encadrant à faire coïncider les souhaits de formation des agents à la réalité de l'offre de l'institution ainsi qu'à mettre en œuvre des analyses de pratiques dans l'unité de soins. Le hiérarchique pourra également contribuer à la facilitation sociale en communiquant à bon escient sur les performances individuelles et collectives ainsi que par son exemplarité.

Ensuite, avoir des objectifs précis, connus et acceptés contribue à la motivation de l'équipe soignante. L'enquête met en exergue des objectifs collectifs et individuels. Les cadres de santé managent par les projets en communiquant sur « là où on veut aller » et en faisant des points d'étape réguliers. Avoir le même objectif est exprimé comme étant motivant tout en étant un facteur de cohésion de l'équipe soignante. Par ailleurs, les interviewés mettent l'accent sur un management participatif. Les projets ne doivent pas être uniquement descendant mais aussi venir de l'équipe comme l'encourage la HAS. Le cadre de santé favorisera les prises d'initiative et la créativité de son équipe collectivement ou individuellement. En revanche, certains soignants vivent les entretiens annuels comme une obligation ou comme une mascarade. Alors, développer une culture de l'auto-évaluation serait une facette d'une posture stimulante. Le sens de ces entretiens sera rappelé par le hiérarchique en expliquant l'intérêt de faire un bilan et de se projeter sur l'année à venir. Ces temps permettent aussi de mieux connaître chaque membre de l'équipe comme le suggère une soignante interviewée.

Ainsi, une posture stimulante contribue à développer des conditions favorables à la motivation de l'équipe soignante. En effet, permettre à chacun d'apprendre, de relever des défis est motivant. Concrètement le hiérarchique inscrira les agents de son équipe à des formations adaptées et désirées. Il organisera des expériences apprenantes par le biais d'analyses de pratiques. Il proposera aux soignants des références en lien avec leurs appétences, référent hygiène, pharmacie, etc., pour les responsabiliser. Un management participatif favorisera l'émergence de prises d'initiatives et de projets venants de l'équipe. Les objectifs seront clairs, communiqués à tous et autant que possible, acceptés.

4.4.1.4. Une posture bienveillante

Le cadre de santé veille sur l'équipe. Plusieurs points de l'enquête ont abordé ce thème. Le premier concerne la disponibilité. La symbolique de la porte ouverte témoigne d'une attitude mentale d'ouverture du cadre de santé. Il est alors dans l'équipe, accessible. Dans le cas inverse, les soignants perçoivent un éloignement de leur hiérarchie. Le cadre devient plus administratif que soignant. Un second point tient dans sa capacité d'écoute. Permettre à la parole de circuler serait un art à développer par les encadrants. Le fait d'être entendu par son supérieur est rassurant. Les soignants se sentent considérés. Là encore, l'inverse est délétère pour la motivation. Ensuite, un autre point consiste en une attitude positive et bienveillante du cadre à l'égard des soignants. Cela rejoint la justice organisationnelle dans sa composante interactionnelle (Robbins et Judge, 2006). Cette perception d'être traité dignement par la hiérarchie maintient la motivation car lorsque la perception est contraire les soignants interviewés soulignent un manque de considération et de respect qui émousse leur implication dans le travail. Enfin, le rôle de soutien social du cadre de santé permet d'instaurer un climat soutenant. En effet, sa place dans les organisations lui permet de réguler les tensions, en expliquant, clarifiant et recadrant. Il enveloppe les relations interpersonnelles par une capacité d'ajustement de la cognition collective (Ruiller, 2012). D'autre part, il est amené à recevoir les difficultés des agents et les accompagner. Un soignant exprime d'ailleurs que si le cadre ne les soutient pas, qui le fera ?

Une posture bienveillante permet donc de maintenir la motivation. Au quotidien, elle se manifeste par une porte symboliquement toujours ouverte, par une capacité d'écoute et une capacité à faire circuler la parole. Envelopper les relations interpersonnelles au sein de l'unité en est également une composante. Le rôle de soutien social du cadre de santé lui permet alors d'instaurer un climat soutenant.

Cette première hypothèse est donc partiellement confirmée par l'enquête. En effet, certains facteurs de motivation comme la reconnaissance des usagers sont indépendants de la posture professionnelle du cadre de santé. Néanmoins, une posture sécurisante, valorisante, stimulante et bienveillante favorise tout de même l'émergence et le maintien de la motivation. Il ressort

de l'enquête un risque d'émoussement de la motivation au travail de l'équipe lorsque cette posture n'est pas présente ou alors présente partiellement.

4.4.2. Le cadre de santé facilitateur de la vie de l'unité de soins

La seconde hypothèse émise suite à la question de recherche était qu'une posture du cadre de santé, construite et fondée sur une approche motivationnelle de l'équipe soignante, favorise un climat de travail agréable et épanouissant.

4.4.2.1. Réguler l'ambiance de l'unité, une mission pour climatologue social

Les interviewés ont développés la question de la qualité de vie au travail en lien avec la motivation de l'équipe soignante. Tous d'abord l'encadrement a exprimé qu'une condition favorisant la motivation était que les soignants aient une qualité de vie au travail. Rappelons que pour la HAS et l'Anact, la perception de la qualité de vie au travail dépend d'une part des conditions de travail et d'autre part, de la capacité qu'ont les salariés à s'exprimer sur leurs conditions d'exercice. Toutes les catégories professionnelles enquêtées utilisent le terme « ambiance » pour parler du travail en équipe. L'entente cordiale et le respect caractérisent pour eux une bonne ambiance de travail. Cette bonne ambiance de travail s'avère alors un élément favorisant leur motivation. Dans le cas d'une mauvaise ambiance dans l'équipe, l'enquête met en exergue un émoussement de la motivation avec l'expression « aller à reculons au travail ». Ainsi, cette ambiance se cultive et s'entretient. Des espaces de liberté sont souhaités par les professionnels de santé interviewés. Ce sont des temps d'échanges libres, informels au cours desquels sont abordés des sujets autres que le travail. Ces temps sont des respirations qui permettent de mieux se connaître, de renforcer la cohésion de l'équipe. D'ailleurs, le cadre de santé est invité par nos enquêtés à participer à certaines de ces pauses où il apprendrait beaucoup plus sur l'équipe. En outre, l'enquête témoigne aussi du besoin de temps de discussion sur le travail. La réduction des temps de transmission dans les nouvelles organisations hospitalières est déplorée comme le fait de ne pas être consulté en amont de restructurations. Toutefois, le cadre de santé est perçu comme acteur de la cohésion de l'équipe. En effet, il peut aider l'équipe à vivre des moments fédérateurs. Il peut mettre en place des réunions institutionnelles pour discuter des organisations de travail et des problèmes rencontrés au quotidien. Il peut aussi utiliser des retours d'expériences suite à des évènements indésirables pour modifier les organisations en concertation avec l'équipe pluri-professionnelle. Tous ces temps d'échanges et de discussions favorisent en effet la cohésion en évitant les tensions nées de fantasmes sur les intentions de l'autre. Ici, une posture

construite sur une approche motivationnelle de l'équipe soignante correspond aux attentes de l'équipe. En effet, la capacité du cadre à observer et ressentir l'atmosphère de l'unité de soins l'incite à mettre en œuvre des temps de parole, des projets. Il s'appuie sur l'équipe par un management participatif. Il consulte les partenaires de soins, les médecins, les psychologues, les assistantes sociales comme d'autres « capteurs » ou « sondes » de la « température » de l'unité. Ainsi, le cadre de santé régule l'ambiance de l'unité de soins en sentant, en analysant et en anticipant les évolutions à la manière d'un climatologue social.

4.4.2.2. Un rôle de facilitateur

Selon cette enquête, un rôle de soutien social est tenu par l'encadrement. En effet, en instaurant un climat soutenant, le cadre de santé soutient le collectif et chacun des membres de l'équipe. De plus, le manager est décrit comme un encadrant, un accompagnant et un intégrateur. Il accompagne la croissance des agents à l'instar d'un tuteur et aide chacun à trouver sa place dans l'action collective. Des qualités de pédagogue sont alors nécessaires pour conduire les professionnels vers un prendre soin efficient. Cette centralité dans le dispositif de soins fait que le cadre est décrit comme un « rouage », « un pilier » ou « un chef d'orchestre » par les soignants interviewés. Il régule les relations au sein de l'équipe paramédicale ainsi qu'entre les diverses disciplines qui œuvrent pour les patients. Il est à l'interstice de différentes logiques, celle de l'administration qui demande de l'efficacité, celle des soignants qui est davantage centrée sur l'humain et le social, celle des usagers qui réclame de la réassurance et des explications sur les soins, celle des services supports, etc. Il opère un travail de lien invisible selon les termes de Bourret (2006). Les mots choisis par les enquêtés sont parlants. Le rouage permet en effet au dispositif de tourner. En cas de défaut ça se grippe. Le chef d'orchestre donne le « la » et le tempo pour que l'œuvre sonne le plus justement possible. En somme, le cadre de santé apparaît ici comme un facilitateur de la vie de l'unité de soins.

Au final, la tendance ressortant de cette enquête confirmerait cette seconde hypothèse. Une posture construite sur une approche motivationnelle de l'équipe soignante favoriserait la régulation par le cadre de santé de l'ambiance de travail et la facilitation des relations interpersonnelles. Le climat de travail pourrait alors être perçu comme agréable et épanouissant. Néanmoins, tellement de facteurs sont en jeu dans la vie d'une unité de soins qu'il me paraît plus sage de nuancer cette conclusion. En effet, il s'agit de conditions favorisant et non garantissant une qualité de vie au travail.

5. CONCLUSION

Au terme de ce travail d'initiation à la recherche je réalise le chemin parcouru. Il clôt symboliquement cette année de formation qui fut pour moi une respiration. Ce bolus d'oxygène m'a offert de prendre de la hauteur sur l'exercice des fonctions d'encadrement à l'hôpital. Ainsi, les cours, les stages, les échanges, les questionnements et les expériences vécues ont contribué à élargir mon horizon tout au long de ce travail d'initiation à la recherche. En prenant de la hauteur les reliefs s'estompent comme les difficultés et l'altitude offre de nouvelles perspectives. C'est toutefois plus simple de l'exprimer lorsque le chemin se trouve derrière soi. Ce travail d'initiation à la recherche m'a motivé. Et aujourd'hui, je comprends un peu mieux pourquoi.

Au départ, mon objectif était de réfléchir sur comment un cadre de santé pouvait maintenir l'envie de soigner de son équipe dans un contexte de profonde mutation des organisations hospitalières. Suite à une phase exploratoire faite de lectures, d'échanges et de choix j'ai précisé les mots qui allaient constituer mon objet de recherche. Un entretien auprès d'un psychologue clinicien m'a permis de les poser sur le papier. Ma question de recherche se formula donc ainsi : **quelle posture du cadre de santé favorise la motivation de l'équipe soignante ?**

Deux hypothèses sont nées de cette question de recherche :

- Une posture professionnelle du cadre de santé construite sur une approche motivationnelle permet l'émergence et le maintien de la motivation de l'équipe soignante dont il fait lui-même partie.
- Une posture du cadre de santé, construite et fondée sur une approche motivationnelle de l'équipe soignante, favorise un climat de travail agréable et épanouissant.

La phase théorique m'a permis d'éclairer cet objet de recherche. J'ai en premier lieu exploré le concept de motivation qui recense plus de cent théories à l'heure actuelle (Fenouillet, 2016). En effet, une littérature pléthorique sur le sujet a nécessité un travail de tri et de synthèse afin d'en retirer des éléments concrets au service du cadre de santé. Ensuite, l'équipe avec l'influence du collectif sur la motivation des individus m'a conduit à explorer différents

modes de management ainsi que deux types de leadership dans un souci d'opérationnalité de l'encadrant en structure de soins. Enfin, la notion de posture m'a amené à définir la façon dont le cadre de santé incarne sa fonction au quotidien.

La recherche est un travail continu de distanciation. Il m'a été nécessaire de bien construire et maîtriser le cadre conceptuel avant de le confronter au terrain professionnel. Dans un contexte d'exercice quotidien, effectivement en pleine mutation, j'ai donc choisi d'aller enquêter sur un même établissement pour conserver une continuité institutionnelle tout au long du recueil de données. L'entretien compréhensif m'a séduit de par sa cohérence avec un thème de recherche « s'articulant autour de la notion de construction sociale de la réalité, qui refusent la coupure entre subjectif et objectif, individu et société » (Kaufmann, 2016). Par ailleurs, ce thème m'a invité à interviewer trois catégories socio-professionnelles paramédicales : les aides soignants, les infirmiers et les cadres de santé. Neuf entretiens ont été réalisés dans trois unités de soins avec à chaque fois un représentant de chaque catégorie professionnelle. Ce travail de recueil a été pour moi passionnant et très riche humainement. Alors, la phase d'analyse a débuté avec un travail à l'oreille qui m'a permis de conserver l'atmosphère, les intonations, les rires qui donnent du sens aux mots. J'ai constaté un peu tardivement qu'une grille d'observation aurait pu être pertinente en complément de ces entretiens.

Mais alors, qu'en est-il de cette confrontation entre mes hypothèses et la réalité de ce terrain ? Il est vrai que vu le faible échantillon consulté seule une tendance peut se dégager de ce travail. Néanmoins un certain nombre d'éléments seront pour moi transférables dans ma prochaine prise de fonction de cadre de santé. La première hypothèse est partiellement confirmée par le terrain. En effet, des facteurs de motivation sont indépendants de la posture du cadre de santé comme la reconnaissance par les patients, la reconnaissance sociale d'un métier utile ou encore le fait d'aimer son travail. Toutefois, en accord avec le cadre conceptuel, la posture du cadre de santé favoriserait tout de même le maintien de la motivation de l'équipe soignante selon les enquêtés. Quatre items permettent de définir une posture construite sur une approche motivationnelle :

- Une posture sécurisante
- Une posture valorisante
- Une posture stimulante
- Une posture bienveillante

Ainsi, concrètement dans son quotidien, un cadre de santé sécurisera les professionnels de son équipe en répondant présent lorsque des situations complexes se présenteront. Il adaptera également son mode de management à leur autonomie. Les jeunes professionnels auront besoin d'être davantage dirigés et donc rassurés pour maintenir leur motivation alors que les soignants expérimentés auront besoin de plus de latitude. Le cadre de santé sécurisera aussi son équipe en s'attachant à réaliser le planning, le « nerf de la guerre » selon l'expression d'une soignante, de façon équitable. Il expliquera la logique qui préside à ses choix et s'assurera de leur compréhension par tous les membres de l'équipe. Ainsi un sentiment de justice organisationnelle dans sa composante procédurale sécurisera les agents et un climat de confiance pourra s'instaurer dans l'unité.

Pour maintenir la motivation, le cadre de santé valorisera la contribution de chacun en communiquant sur les performances individuelles et collectives. Il donnera des signes authentiques de reconnaissance en étant congruent. Il s'attachera à donner ou redonner du sens à chacune des tâches en les replaçant dans une vision globale du soin et du service pour le patient et son entourage.

Le cadre de santé favorisera aussi la motivation en développant une posture stimulante. Il permettra aux soignants d'apprendre et de relever des défis. Il inscrira les agents de son équipe à des formations adaptées et surtout désirées. Il proposera un système de références pour impliquer et responsabiliser. Il développera une culture de l'auto-évaluation. Il utilisera le levier des expériences apprenantes par le biais d'analyses de pratiques. Par ailleurs, il favorisera les prises d'initiatives et la créativité pour construire des projets venant de l'équipe. Il encouragera la facilitation sociale en communiquant sur les initiatives individuelles et sur les performances de l'équipe ainsi que par son exemplarité. Les objectifs seront précis, exprimés à l'ensemble de l'équipe et, autant que faire se peut, acceptés.

Enfin, une posture bienveillante permettra d'instaurer un climat soutenant. Concrètement, cela consistera à conserver sa porte symboliquement ouverte et à développer une capacité d'écoute. La parole circulera facilement au sein de l'unité de soins par la capacité que le cadre de santé aura de fluidifier les relations interpersonnelles. Il exercera alors un rôle de soutien social.

La seconde hypothèse est quant à elle validée par le terrain en nuanciant tout de même en rappelant la taille réduite de l'échantillon. En effet, Le cadre de santé aurait d'après les interviewés et à nouveau en adéquation avec le cadre conceptuel un rôle de facilitateur de la vie de l'unité de soins. Il encadre, accompagne et intègre. Il est le rouage qui permet à l'unité de soins de tourner selon les termes choisis par les soignants. Une autre image tirée des entretiens est celle du chef d'orchestre. Il donne le « la » et le « tempo ». Il exerce un travail de lien entre les différentes logiques qui se rencontrent dans les prises en charges des usagers.

Un autre rôle du cadre de santé en lien avec la motivation ressort de l'enquête. Il s'agirait cette fois de celui de régulateur de l'ambiance de l'unité à l'instar d'un climatologue social. Il veille en effet à la qualité de vie au travail en permettant des espaces de liberté pour favoriser la cohésion de l'équipe. Cette qualité de vie au travail est aussi améliorée lorsque le cadre de santé met en oeuvre des espaces pour discuter de l'organisation de travail et des conditions d'exercice des soignants. Sa position dans le dispositif de soins lui offre de ressentir l'ambiance, l'atmosphère et d'agir en conséquence selon les recommandations précédentes. Il peut aussi solliciter d'autres « sondes » telles que les médecins, les psychologues ou les assistantes sociales pour jauger la « température ». Au total, dans ces conditions, le climat de travail serait perçu comme agréable et épanouissant. La qualité des soins et des services n'en serait que meilleure. Néanmoins, il ne s'agit que de tendances et sans doute bien d'autres facteurs peuvent venir perturber la qualité de vie au travail. J'ai également découvert d'autres éclairages tels que l'intelligence émotionnelle ou le management responsable qui pourraient venir compléter et enrichir ce travail d'initiation à la recherche.

Je souhaite citer Albert et Emery (2004, p.145) pour le lien entre leur métaphore et celle du climatologue social qui a constitué le fil d'Ariane de ce travail :

On présente souvent le manager comme un leader à la tête de ses troupes. Il serait un peu comme un pilote d'avion, lui devant et tous derrière. Cette image ne paraît plus pertinente. Le manager est plutôt un capitaine de bateau. Il pilote mais de l'arrière. Il voit tout l'équipage agir, il voit l'effet de la mer sur son bateau. Se situant à l'arrière de tous, il a le recul qui lui permet de prendre de bonnes décisions. Il a la possibilité d'intégrer tous les paramètres pour décider. Les managers qui aiment pédaler en tête de peloton ont l'illusion de tirer leur équipe derrière eux. En fait, ils ne voient rien de ce qui se passe et s'ils perdent un équipier, il est trop tard lorsqu'ils s'en aperçoivent.

Pour paraphraser Albert Einstein qui déclarait « je n'enseigne rien à mes élèves, j'essaye simplement de créer les conditions dans lesquelles ils peuvent apprendre » j'essayerai modestement quant à moi de créer les conditions dans lesquelles les soignants peuvent soigner.

LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Ouvrages :

Albert, E. Emery, J.L. (2004). Le manager est un psy (19^{ème}). Paris : Éditions d'Organisation.

Bandura, A. (2003). Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles : De Boeck.

Becker, L. (2015). L'art de la reconnaissance au travail – Les clés d'un puissant outil de motivation et de leadership. Paris : InterEditions.

Bourret, P. (2006). Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible. Paris : Editions Seli Arslan.

Clot, Y. (2010). Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : la découverte.

Daloz, L. (2016). Introduction à la clinique du burnout et de la démotivation. Paris : L'Harmattan.

Fenouillet, F. (2012). La motivation. Paris : Dunod

Fenouillet, F. (2016). Les théories de la motivation. Paris : Dunod

Gaba-Leroy, C. Bonnery, A.-M. Marande, D et Pichot, P. (2003). Prévention des risques dans l'unité de soins. Paris : Masson.

Hees, M. (2010). Le management à l'hôpital – Science, art, magie ? Paris : Seli Arslan.

Kaufmann, J.C. (2016). L'entretien compréhensif (4^{ème}). Paris : Dunod

Lévy-Leboyer, C. (2006). La motivation au travail. Paris : Éditions d'Organisation.

Lévy-Leboyer, C. (2007). Re-motiver au travail. Paris : Éditions d'Organisation.

Mucchielli, A. (2001). Les motivations. Paris: Presses Universitaires de France.

Mucchielli, R. (2012). Le travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective (13^{ème}). Issy les Moulineaux : ESF Éditeur.

Robbins, S. Judge, T. Gabilliet, P. (2006). Comportements organisationnels (12^{ème}). New Jersey : Pearson Education.

Thevenet, M. (2007). Le plaisir au travail. Paris : Éditions d'Organisation.

Vallerand, R. J. et Thill, E. E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Laval : Éditions Études Vivantes.

Watzlawick, P. (1967). Une logique de la communication. Paris : Seuil.

Articles :

Ariely, D. (2015). L'argent motive qu'à court terme. *Sciences Humaine*, 268, 48-49.

Ardoino, J. (2005). Motivations. Repéré en Décembre 2016 à

http://www.arianesud.com/bibliotheque/aa_auteurs/ardoino/ardoino_motivation_2005

Bobin, P. *et al.* (2009). L'art de motiver une équipe en période de crise. *L'Expansion Management Review*, 134, 30-39.

Chagué, V. (2007). Comment motiver et impliquer les soignants ? *Soins Cadres*, Vol 16, SUP 62, 12-15.

Dortier, J.F (2015). La bienveillance en entreprise, mythe et réalités. *Sciences Humaines*, 276, 56-59.

Fenouillet, F. (2015). D'où vient la motivation ? *Sciences Humaine*, 268, 34-36.

Gadhi, V. Laly, P. Gallet, A.M. Milan, A. Briois, L. Gracia, P.B. (2017). Expérimenter la qualité de vie au travail, Clusters sociaux QVT : premiers enseignements. *Revue Hospitalière de France*, 574, 30-33.

Lecomte, J. (2015). Kurt Lewin. La dynamique de groupe. *Sciences Humaines*, hors série N°20, 54-55 ;

Ruiller, C. (2012). Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital. *Management & Avenir*, 52, 15-34.

Starck, S. (2016). « La posture professionnelle : entre corps propre et corps sociaux ». *Revue internationale de pédagogie de l'enseignement supérieur* [En ligne], 32-3 consulté le 09 mai 2017. URL : <http://ripes.revues.org/1124>

Svandra, P. (2005). Motivation, désir et principe de réalité. *Perspective soignante*, 22, 15-23.

Tolve, R. (2007). Les théories de la motivation. *Soins Cadres*, Vol 16, SUP 62, 9-11.

Zambello, L. (2014). L'intelligence émotionnelle au travail : une piste de réflexion pour le cadre de santé. *Soins Cadres*, 92, 41-44.

Textes de loi :

Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Consulté à <https://www.legifrance.gouv.fr> Mai 2017

Sites internet :

Tous les sites internet consultés tout au long de ce travail sont notifiés soit directement dans le corps du texte pour les dictionnaires par exemple ou référencés en bas de page pour permettre une consultation plus simple pour les lecteurs.

Support vidéo :

Présentation vidéo du programme PACTE, Consultable sur le site de la HAS http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe

LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : pyramide de MASLOW

Figure 2 : modèle intégré de Robbins et Judge

Tableau 1 : Modes de management et motivation

Tableau 2 : Tentative de synthèse du concept de la motivation pour un cadre de santé
(Annexe. I)

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION : UNE PROBLÉMATISATION	1
1.1. Au départ, une interrogation.....	1
1.1.1. Le contexte de ce questionnement.....	1
1.1.2. Une situation emblématique	2
1.1.3. Une expérience de motivation d'équipe soignante.....	3
1.1.4. Ma question de départ.....	5
1.2. Vers quel objet de recherche ?	5
1.2.1. Une phase exploratoire, le choix des mots	5
1.2.2. Regard d'un psychologue	7
1.2.3. Ma question de recherche.....	9
2. LE CADRE CONCEPTUEL.....	11
2.1. La motivation	11
2.1.1. Genèse du concept de motivation et tentatives de définition	11
2.1.1.1. La genèse de la motivation.....	11
2.1.1.2. Une précision étymologique.....	11
2.1.1.3. Quelques tentatives de définitions	12
2.1.2. La motivation au travail depuis les années 30.....	14
2.1.2.1. Une approche dite des besoins.....	15
2.1.2.2. Une approche comportementale et cognitive.....	19
2.1.2.3. Une approche intégrative	23
2.1.2.4. La fonction motiver selon la HAS	25
2.1.3. Une tentative de synthèse adaptée à ce travail de recherche	27
2.1.3.1. Tableau de synthèse du concept de motivation.....	27
2.1.3.2. Démotivation et amotivation	28
2.2. La motivation de l'équipe soignante	28
2.2.1. L'esprit d'équipe	29
2.2.1.1. La facilitation sociale et la flânerie sociale	29
2.2.1.2. Motivation de l'équipe soignante.....	31
2.2.2. Conduire une équipe, le leadership aujourd'hui.....	32
2.2.2.1. Le leadership situationnel.....	34
2.2.2.2. Le leadership transformationnel.....	35
2.2.3. Quel leadership pour motiver une équipe ?.....	36
2.3. Construire une posture de cadre de santé par une approche motivationnelle	36
2.3.1. La notion de posture	37
2.3.1.1. Tentative de définition de « posture »	37

2.3.1.2. La congruence pour construire une posture de manager	38
2.3.1.3. Le soutien social, une posture du cadre de santé ?.....	38
2.3.2. Une posture fondée sur une approche motivationnelle	40
2.3.2.1. Sécurisante.....	40
2.3.2.2. Valorisante	40
2.3.2.3. Stimulante	40
2.3.2.4. Bienveillante.....	41
3. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	42
3.1. Choix de la méthode.....	42
3.2. Le champ de l'analyse	42
3.2.1. Quel terrain ?	42
3.2.2. Quelle population cibler ?	42
3.3. L'outil de recueil	42
3.4. Le déroulement des entretiens.....	43
3.5. Les limites de l'outil.....	44
3.6. Choix d'une analyse à l'oreille.....	44
4. ANALYSE, INTERPRÉTATION ET SYNTHÈSE	45
4.1. L'individu	45
4.1.1. La reconnaissance	45
4.1.1.1 La reconnaissance par le hiérarchique	46
4.1.1.2. La reconnaissance de la contribution de chacun.....	47
4.1.1.3. Reconnaissance sociale et désir de soigner	47
4.1.2. Du sens et de l'utilité	48
4.1.2.1. La satisfaction d'être utile	48
4.1.2.2. Donner et redonner du sens.....	49
4.1.3. Apprendre, évoluer	50
4.1.3.1. La soif d'apprendre.....	50
4.1.3.2. Les retours d'expériences formateurs	51
4.1.4. Le hiérarchique.....	51
4.1.4.1. La motivation des cadres	51
4.1.4.2. Responsabiliser pour motiver	52
4.1.4.3. Sécuriser pour motiver.....	53
4.2. L'équipe.....	54
4.2.1. L'entraide et la coopération	54
4.2.1.1. Rechercher la synergie	54
4.2.1.2. Favoriser la facilitation sociale.....	56
4.2.2. La qualité de vie au travail, l'ambiance et la cohésion.....	56

4.2.2.1. Des espaces de liberté pour entretenir « l'ambiance d'équipe »	56
4.2.2.2 Des espaces de discussion pour maintenir la cohésion.....	57
4.2.2.3. Organisation du travail et cohésion de l'équipe	58
4.2.3. La confiance dans les relations d'équipe.....	59
4.2.3.1. Confiance et performance	59
4.2.3.2. Instaurer un climat de confiance.....	60
4.3. Le cadre de santé	60
4.3.1. Disponibilité, écoute et équité	60
4.3.1.1. La symbolique de la porte ouverte.....	60
4.3.1.2. Permettre à la parole de circuler.....	61
4.3.1.3. Être juste pour sécuriser.....	62
4.3.2. Observation, soutien et accompagnement	62
4.3.2.1. Observer et ressentir le climat de l'unité de soins.....	62
4.3.2.2. Un cadre soutenant	63
4.3.2.3. Le cadre, un facilitateur de la vie de l'unité de soins	64
4.3.3. Être en projet et fixer des objectifs.....	64
4.3.3.1. Des objectifs précis, connus et acceptés.....	64
4.3.3.2. Développer une culture de l'auto-évaluation	65
4.4. Synthèse de l'analyse.....	66
4.4.1. Une posture professionnelle construite sur une approche motivationnelle.....	66
4.4.1.1. Une posture sécurisante.....	66
4.4.1.2. Une posture valorisante	67
4.4.1.3. Une posture stimulante	68
4.4.1.4. Une posture bienveillante	70
4.4.2. Le cadre de santé facilitateur de la vie de l'unité de soins.....	71
4.4.2.1. Réguler l'ambiance de l'unité, une mission pour climatologue social.....	71
4.4.2.2. Un rôle de facilitateur	72
5. CONCLUSION	73
LISTE DES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	79
LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX	82
TABLE DES MATIÈRES	83

Résumé

Dans un contexte de profonde mutation des organisations hospitalières, le cadre de santé peut-il cultiver l'envie de soigner de son équipe ? La question de la motivation des professionnels de santé va de paire avec celle de la qualité de vie au travail. D'ailleurs, cette qualité de vie au travail est une nouvelle thématique de la procédure de certification V 2014 des établissements de santé. Alors, une posture professionnelle du cadre de santé construite sur une approche motivationnelle pourrait-elle contribuer à favoriser la motivation au travail ? Sa place dans le dispositif de soins l'invite à tenir un rôle de facilitateur de la vie de l'unité. Il consolide les liens entre les différentes logiques à l'œuvre à l'hôpital en instaurant un climat soutenant. En outre, un rôle de régulateur de l'ambiance de travail à l'instar d'un climatologue social lui permet de renforcer la cohésion de l'équipe soignante afin de mieux soigner.

Mots clés : Motivation, posture professionnelle du cadre de santé, qualité de vie au travail, équipe soignante, climatologue social.