



Enseignement pour Adultes et Formation Continue

Rue des Moulins, 4

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de santé

LE CARE AU SERVICE DE LA QUALITE

« Dans quelles mesures un encadrement par le care pourrait-il devenir un levier aux motivations des collaborateurs et ainsi contribuer à l'amélioration de la démarche qualité et de la gestion des risques ? »

Présenté par : CHERFAOUI Zohra

En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire 2022-2023



Enseignement pour Adultes et Formation Continue

Rue des Moulins, 4

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Spécialisation : Cadre de santé

LE CARE AU SERVICE DE LA QUALITE

« Dans quelles mesures un encadrement par le care pourrait-il devenir un levier aux motivations des collaborateurs et ainsi contribuer à l'amélioration de la démarche qualité et de la gestion des risques ? »

Présenté par : CHERFAOUI Zohra
En vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

Année scolaire 2022-2023

Remerciements

L'élaboration et la soutenance de mon Épreuve Intégrée représentent pour moi un véritable accomplissement personnel et professionnel. Cette formation de cadre de santé et cette dernière épreuve m'ont permis de faire une véritable introspection et de faire connaissance avec mon moi véritable.

D'abord, je tiens à exprimer toute ma gratitude à monsieur Patrick Vantomme pour l'aide précieuse qu'il m'a apportée tout au long de ma formation et dans l'élaboration de mon Épreuve Intégrée. Son accompagnement, ses remarques et sa compréhension ont été d'une grande aide tout au long de ce processus. Grâce à son soutien et son expertise, j'ai pu progresser et développer mes compétences managériales. Son engagement et sa disponibilité ont été inestimables.

Ensuite, je tiens également à remercier toute l'équipe éducative de l'E AFC de Tournai, qui m'a accompagnée durant ces trois années et qui me permet d'évoluer vers le nouveau statut de cadre de santé. Les conseils, les encouragements et le soutien ont été essentiels pour à développement personnel et professionnel. Je tiens à remercier particulièrement monsieur Jacques Delaunoy. Sa pédagogie et sa passion m'ont permis de mesurer l'aspect fondamental des processus de la démarche qualité et de m'engager envers sa promotion. Je voudrais également remercier Monsieur Tony Staelens, qui a su dès le début de ma formation me transmettre la volonté d'incarner un leadership inspirant.

En outre, je voudrais faire un clin d'œil à la Meute. L'entraide, l'échange et le soutien qui règnent dans cette promotion m'ont été d'une aide précieuse tout au long de ma formation.

Enfin, je souhaiterais remercier les membres de ma petite famille pour leurs soutiens constants face à mes doutes et mes difficultés. Je pense à mes enfants et mon époux. Leur présence et leur bienveillance ont été une source de réconfort tout au long de mon parcours, et je ne pourrais jamais les remercier assez pour tout ce qu'ils ont fait pour moi. J'aimerais également remercier ma sœur, Oureda pour son accompagnement dans mon parcours, son soutien et ses remarques constructives.

Table des matières

INTRODUCTION	1
1 – LA GESTION DES RISQUES ET LA DEMARCHE QUALITÉ	3
1-1- LA GESTION DES RISQUES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS.	3
1-1-1- QU'EST-CE QU'UN RISQUE ?	3
1-1-2- L'ANALYSE DES CAUSES PROFONDES DES RISQUES.	6
1-2- LA DÉMARCHE QUALITÉ ET L'ACCREDITATION DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS.	8
1-2-1- LA DÉMARCHE QUALITÉ.	8
1-2-2- L'ACCREDITATION.	11
1-3- GESTION DES RISQUES, SÉCURITÉ ET QUALITÉ : DES ENJEUX MANAGÉRIAUX.	12
1-3-1- LE MANAGEMENT DE LA DÉMARCHE QUALITÉ.	13
1-3-2- LES LIMITES DE LA NORMALISATION DE LA DÉMARCHE QUALITÉ.	14
2 – LES MÉCANISMES DES MOTIVATIONS	17
2-1- LA THÉORIE DE MASLOW	17
2-2- LA THÉORIE DE HERZBERG	20
2-3- LA THÉORIE DE VROOM	21
2-4- LES LEVIERS ET LES LIMITES DES MOTIVATIONS.	24
2-4-1- LES LEVIERS DES MOTIVATIONS.	25
2-4-2- LES LIMITES DE L'ENCADREMENT DES MOTIVATIONS.	30
3- LE CARE, UNE NOUVELLE NOTION D'ENCADREMENT ?	34
3-1- QU'EST-CE QUE LE CARE ?	34
3-2- L'ENCADREMENT PAR LE CARE.	40
3-2-1- LE CADRE DE SANTÉ.	40
3-2-2- LA PHILOSOPHIE DE L'ENCADREMENT PAR LE CARE.	44
3-3- LA PLACE DU CARE DANS LA MOTIVATION À LA DÉMARCHE QUALITÉ.	48
3-3-1- L'INFLUENCE DU CARE SUR LA DÉMARCHE QUALITÉ.	48
3-3-2- LE CERCLE D'INFLUENCE, UN OUTIL DE MOTIVATION EMPREINT DE CARE ?	49
3-3-3- LES LIMITES DU CARE DANS L'ENCADREMENT.	52
CONCLUSION	55
PERSPECTIVES DE RECHERCHE	57
ANNEXES	61
BIBLIOGRAPHIE	69
ABSTRACT	71

INTRODUCTION

Les établissements de santé sont réglementairement soumis à l'évaluation de la qualité de ses soins et de la sécurité des usagers, ainsi que celle du personnel. L'enjeu de cette évaluation est primordial puisqu'il consiste à mettre en place des procédures, des outils et des méthodes visant à garantir une prise en charge optimale des patients tout en assurant la sécurité et la qualité des soins. Elle permet également d'améliorer la satisfaction des patients, d'optimiser l'utilisation des ressources et de réduire les risques d'erreurs médicales. Néanmoins, dans un contexte de crise économique et sociale, nous pouvons assister à une démobilisation du personnel soignant. Ce phénomène, traduit par le manque d'implication des salariés, représente un frein significatif au déroulement optimal du processus de la démarche qualité dans nos institutions. Il devient alors primordial pour les responsables des ressources humaines de s'interroger sur la manière de pallier cette réalité. Face à ce problème, le cadre de santé se retrouve en première ligne. Il convient alors de se demander en tout premier lieu : « *De quelles manières l'infirmier en chef peut-il influencer l'implication des collaborateurs dans la démarche qualité et la gestion des risques ?* » Adams¹ disait que « *le premier travail d'un manager n'est pas d'apporter la motivation mais de supprimer les obstacles* ». Il explique que les motivations des employés sont conditionnées par un environnement professionnel précis et que la finalité du cadre de proximité est de le comprendre et de l'instaurer. Pour cela, une remise en cause de nos pratiques managériales s'avère nécessaire. Le domaine du management des ressources humaines est en perpétuelle évolution. Nous nous retrouvons loin des premiers concepts totalement directifs et paternalistes. De nos jours, il existe une multitude de méthodes et d'outils permettant de fédérer les salariés de manière collaborative. Malgré tout, il semble persister une incompréhension entre les attentes de la hiérarchie, conditionnées par les résultats et celles des employés, empreintes d'une aspiration à plus de communication, de compréhension, de reconnaissance, de protection et de bienveillance. L'ouverture d'esprit nous dirige vers une notion de l'éthique du care, qui évolue discrètement depuis une quarantaine d'années et qui

¹ Scott ADAMS (né en 1957) est un dessinateur de bandes dessinées américain. Diplômé d'économie et de management, il est l'auteur de plusieurs critiques du monde de l'entreprise et de satires sociales, ainsi que de traités (expérimentaux) de philosophie.

regroupe ces différentes considérations. Ce concept, débarqué des États-Unis, nous pousse à nous interroger sur le changement de paradigme dans l'encadrement des ressources humaines. Tous ces éléments nous amènent à formuler la problématique suivante :

« Dans quelles mesures un encadrement par le care pourrait-il devenir un levier aux motivations des collaborateurs et ainsi contribuer à l'amélioration de la démarche qualité et de la gestion des risques ? »

L'étude de cette question requière le développement des différentes notions qui la composent. Dans un premier temps, nous étudierons le processus de la démarche qualité et la gestion des risques, ainsi que ses enjeux politiques. Dans un second temps, nous analyserons les différents mécanismes de motivations afin de comprendre comment les catalyser. Dans un troisième temps, nous nous attarderons sur les origines du concept de care et sur les perspectives qu'il propose en termes d'encadrement.

1 – LA GESTION DES RISQUES ET LA DEMARCHE QUALITÉ

Les établissements de soins représentent le reflet d'une certaine évolution sociétale. Au cours de ces dernières décennies, nous avons été témoins de mutations dans les politiques organisationnelles des institutions de soins et dans la prise en charge des patients. La survenue de la pandémie du COVID 19, le développement technologique avec l'avènement du numérique, la montée de la concurrence entre les structures, l'augmentation des poursuites judiciaires pour donner suite à des erreurs médicales, la mise en avant des droits des patients... engendrent une attente quasi-inconditionnelle au niveau de la sécurité et de la qualité des soins de la part des dirigeants des structures de soins et des usagers. Dans ce contexte, l'importance de la prévention des risques est devenue pour le personnel soignant une priorité encore plus prégnante.

I-I- La gestion des risques dans un établissement de soins.

La gestion des risques dans un établissement de soins représente une activité essentielle visant à minimiser les risques potentiels pour les usagers, les employés et l'environnement de travail. Pour comprendre comment gérer les risques, il est important de définir cette notion et d'étudier les facteurs qui contribuent à la survenue d'événements indésirables.

I-I-I- Qu'est-ce qu'un risque ?

Dans la pratique professionnelle d'un soignant, le risque de la survenue d'un événement indésirable est omniprésent et fait partie intégrante de son quotidien. Combien d'entre eux passent mentalement en revue leur journée de travail afin d'être certains de n'avoir pas commis d'impairs ? Malgré tout, l'omniprésence de cette notion de risque dans nos établissements de soins, reste récente. Nous allons nous pencher sur ses origines d'une part et répertorier les différentes catégories d'autre part.

En premier lieu, le risque représente une « *possibilité, une probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage* »². En milieu de soins, il se définit par une probabilité qu'un danger ou un événement indésirable se réalise

² Définition du dictionnaire Larousse, édition Larousse, 2015.

provoquant ainsi un préjudice à une personne fréquentant un établissement de soins tel qu'un patient, un membre de sa famille, un visiteur ou un membre du personnel. Cet intérêt envers la maîtrise de ces risques apparaît au milieu du siècle dernier dans l'industrie américaine, où la vision paternaliste du management et surtout la rentabilité ne laissent pas de place à l'erreur. En Europe, la gestion de ces risques est apparue dans les établissements de soins très récemment prenant une dimension politique et stratégique. Elle tire surtout ses origines de gros scandales sanitaires et financiers qui ont ébranlés la classe politique et sa gestion d'événements indésirables graves. Nous pensons notamment à la scandaleuse affaire du sang contaminé dans plusieurs pays dont la France. En effet, entre 1984 et 1985, la distribution d'un stock de produits sanguins, nouvellement mis au point et représentant trente-quatre millions de francs, aux personnes atteintes d'hémophilie va entraîner la contamination d'une personne sur deux par le VIH³. En effet, de par une négligence et un souci d'économie, ces dispositifs n'ont pas été réchauffés, ni soumis au test de dépistage du VIH. Malgré la reconnaissance d'une négligence notable, les sanctions à l'égard des hauts fonctionnaires responsables à l'époque ne seront que brèves ou prescrites. Ce fiasco politique a néanmoins permis la création de l'organisation de l'hémovigilance. Il en sera de même avec les scandales des infections nosocomiales qui aboutiront à la création du CLIN⁴ en 1988. Au cours de ces dernières décennies, une vraie démarche de gestion des crises et des risques se met en place sur le plan national. Elle répond à de nouvelles attentes créées par l'avènement de pandémies, l'évolution rapide des techniques médicales et de son environnement, l'augmentation des poursuites judiciaires à l'encontre des hôpitaux, les différentes crises sanitaires, les différents attentats terroristes et les catastrophes climatiques etc. La prise en compte de tous ces événements révolutionne l'implication des établissements de soins dans la prévention des risques.

En deuxième lieu, nous pouvons nous accorder sur le fait que la notion de risque dans une organisation hospitalière prend une ampleur très large et multidisciplinaire. En ce sens, toutes les activités se retrouvent concernées. Néanmoins, dans cette liste non-exhaustive, nous pouvons cibler certaines catégories. D'abord, le risque d'atteinte à la sécurité de la personne fréquentant un établissement représente une priorité dès son

³ Olivier Beaud, *Le sang contaminé : essai critique sur la criminalisation de la responsabilité des gouvernants*, Presses Universitaires de France, janvier 1999.

⁴ Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales en France.

ouverture. Nous pensons à la sécurité incendie, aux normes de sécurité électrique et toutes les installations dont disposent un bâtiment accueillant du public. Ces normes nécessitent une maintenance et une surveillance constante. Elles sont soumises à des vérifications effectuées par des organes officiels et indépendants de l'institution. Ensuite, il existe des risques techniques et environnementaux. La digitalisation de nos pratiques professionnelles, notamment dans la gestion des dossiers de soins informatisés des patients et de la communication interne en grande partie numérique, se heurtent constamment au risque de cyber-attaques mettant en péril la confidentialité des données. Nous pouvons également rappeler que sur le plan environnemental, l'eau mise à disposition dans les hôpitaux peut être contaminée par des agents infectieux de la légionelle pouvant provoquer ainsi de graves pathologies pulmonaires. De plus, les directions des établissements de soins se voient placer au-dessus de leur tête une épée de Damoclès notamment en termes de risques financiers, stratégiques, judiciaires, sociaux et de perte d'image positive. En effet, un établissement possède plusieurs prérogatives permettant le maintien de son ouverture et de son fonctionnement. Plusieurs facteurs sont susceptibles de mettre en péril la pérennité de son existence. Nous pensons à un hôpital croulant sous les plaintes judiciaires de patients ayant subi un préjudice, à une mauvaise gestion financière aboutissant à un déficit important, à des scandales sanitaires ternissant son image, à des mouvements sociaux ou à un fort taux d'absentéisme mettant en lumière un dysfonctionnement dans la gestion des ressources humaines. En outre, le contexte de crise socio-économique impactant de plein fouet le domaine des établissements de santé accroît de manière exponentielle le risque d'accidents professionnels surtout chez les soignants. Celui-ci se manifeste d'un côté par des risques d'altérations physiques comme des lombalgies, des accidents d'exposition au virus, ... et d'un autre côté par des risques psycho-sociaux tels que l'augmentation de la charge mentale, l'agressivité, la passivité, ... pouvant atteindre les points extrêmes du burn-out ou du suicide. Enfin, les risques au niveau des prestations de soins impactent directement les bénéficiaires, qui rappelons-le représentent l'objectif premier de satisfaction d'un établissement de soins. Ces risques peuvent se concrétiser par des erreurs de diagnostics médicaux, d'identité, de distribution de médicaments, d'actes infirmiers ou médicaux, ... La survenue de ces risques impacte directement l'institution jusqu'à mettre en péril son existence.

Tous ces éléments nous amènent à souligner que la coordination et la gestion des établissements de soins impliquent une véritable politique centrée sur la prévention des risques et la prise en compte des événements indésirables ; afin de proposer une prise en charge médicale de qualité et de sécurité. Une telle politique nécessite la mise en place d'une organisation transversale et pluridisciplinaire permettant d'identifier, d'analyser et de réduire les risques et surtout d'engager ses protagonistes.

I-1-2- L'analyse des causes profondes des risques.

La survenue d'un événement indésirable mineur ou majeur résulte d'une défaillance à travers le parcours d'une tâche. L'analyse des causes profondes ou systémiques de ces événements représente une démarche de gestion des risques visant l'amélioration des pratiques professionnelles. Il s'agit d'une démarche réalisée après la survenue d'un événement, en remontant le cours de l'histoire. Il existe plusieurs méthodes d'analyse des risques de survenue d'accident. Dans le cadre de notre réflexion, nous avons choisi d'étudier cette démarche à travers le modèle conceptuel de Reason ou Swiss Cheese, élaboré par Reason⁵ en 1990, afin de mieux comprendre ce principe de survenue d'un accident.

Reason utilise sa connaissance sur la psychologie cognitive, c'est-à-dire toutes les fonctions psychologiques qui vont conditionner notre appréhension au monde, dans le but d'étudier l'implication humaine dans un événement afin de le sécuriser. À l'origine, ses études se sont orientées vers le domaine de l'aviation, qui essuie depuis de nombreuses décennies des accidents au combien impressionnants et éminemment mortels. En effet, ces événements tragiques démontrent que les développements d'une ingénierie et d'une technique de pointe sans la maîtrise du facteur humain ne suffisent pas à éviter des accidents mortels et coûteux. De ce fait, cette théorie sera rapidement utilisée dans le domaine du soin, qui présente des risques similaires d'accidents mortels. Dans son ouvrage, *L'erreur est humaine*⁶, Reason théorise plusieurs types de défaillances. D'abord, il explique que la faille peut provenir d'un acteur direct avec la tâche réalisée. Nous pouvons malheureusement énoncer plusieurs exemples dans le domaine hospitalier illustrant ce propos comme l'erreur de

⁵ James Reason (née en 1938) est un professeur en psychologie à l'université de Manchester et expert dans la gestion des facteurs humain. Il est récompensé en 2003 pour ses travaux sur la réduction des risques en milieu hospitalier.

⁶ James Reason, *L'erreur est humaine*, Presses des mines : collection économie et gestion, 2003.

thérapeutique au cours d'une injection intraveineuse entraînant la mort du patient. En effet, bien que le soignant soit considéré comme qualifié pour ce soin, des facteurs de stress, de fatigue, de multiplication de tâches, de burn-out... peuvent entraver son jugement même durant quelques secondes. Ensuite, l'auteur parle d'erreurs latentes, qui sont les conséquences d'un système. Dans notre précédent exemple, nous pouvons considérer que des ampoules aux effets thérapeutiques antagonistes peuvent se ressembler et se trouver l'une à côté de l'autre facilitant l'erreur d'inattention. Enfin, il parle d'erreurs d'ordres techniques avec la défaillance d'un appareil ou d'un système technique tels qu'une cyber-attaque ou la panne d'un appareil d'hémodialyse en soins intensifs. Très souvent, un événement indésirable grave résulte de l'association de ces trois constats. Par conséquent, il devient indispensable de placer l'humain au centre des systèmes de lutte contre les risques et de comprendre que la multiplication des défenses au cours d'une tâche permet de contrer cette multitude de facteurs précédemment énoncés. Nous arrivons alors à l'outil élaboré par Reason⁷. Il se présente par une suite de remparts, troués par les éventuelles défaillances, interrompant le parcours d'une action. Chaque rempart représente une vérification, telle qu'une check-list et une mise au point donnant la possibilité de mettre un frein aux erreurs et d'éviter un incident. La répétition de ces remparts représente la clé de cet outil et de la prévention des risques, qui devient alors protocolaire.

Lorsque nous parlons de failles, celles-ci peuvent être propres à un individu, à plusieurs acteurs au décours d'une tâche, à une mauvaise qualité de la communication ou à une défaillance technique. Toutes ces causes possèdent comme point convergent l'humain, qui représente pour Reason la clé de la gestion des risques. Cette théorie laisse entrevoir trois types de gestion de la sécurité. La première serait réactive. Elle découlerait directement d'un incident et des expériences permettant d'analyser les mécanismes responsables. La deuxième adopterait un angle proactif. En ce sens, l'observation de l'activité permettrait de cibler les possibles erreurs. La troisième serait prédictive. À travers la surveillance de l'activité, elle permettrait de détecter les éventuels dysfonctionnements pouvant induire un accident. Ces différentes approches de la gestion des risques, qui requièrent un engagement et une

⁷ Annexe 1, Le modèle de Reason.

implication de la part des différents collaborateurs, se retrouvent totalement dans la démarche de qualité et d'accréditation.

I-2- La démarche qualité et l'accréditation dans un établissement de soins.

A priori, chaque membre du personnel d'une institution de soins, du fait de sa formation et son parcours, possède des qualifications et des compétences lui permettant de mener à bien chaque tâche inhérente à sa fonction et à son poste. Néanmoins, la survenue d'événements indésirables ou d'accidents professionnels ne semble absolument pas anecdotique. Il serait intéressant de se questionner sur les raisons de ces défaillances, au travers un modèle de Reason, et de parcourir les différentes politiques de prévention.

I-2-1- La démarche qualité.

La nouvelle impulsion de la démarche qualité, initiée par l'apparition des différentes normes de qualité et l'accréditation, semble améliorer la prévention des risques d'accidents et la satisfaction des usagers. Nous pouvons définir la qualité par « *la caractéristique d'un produit répondant à des normes préétablies et tirant de là une partie de sa valeur* ». ⁸ Cette explication montre l'importance de mettre en place des critères de qualité, de pouvoir les évaluer et les ajuster dans un souci de sécurité et de satisfaction du client. Il existe deux sortes de qualité. Il serait donc intéressant d'étudier, dans un premier temps, les critères de qualité dans les établissements de soins. Dans un second temps, nous pourrions nous attarder sur un des modèles conceptuels très utilisés dans le domaine de la qualité des soins, en l'occurrence le modèle Donabédian.

En premier lieu, ces dernières années sont marquées par la volonté des établissements de soins de se démarquer par la qualité de soins et de services. La notion de qualité est définie par l'AFNOR⁹ comme « *un produit ou un service dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs* ». En d'autres termes, elle représente un écartement le plus faible possible entre les attentes du client et la réalité du produit ou du service obtenu. Cette

⁸ Définition du CNRTL, <https://www.cnrtl.fr/definition/qualit%C3%A9> (consulté en 03/23).

⁹ L'AFNOR est une Association Française de Normalisation de la qualité. Créée en 1926, elle a pour missions de coordonner l'élaboration des normes et de les représenter dans toutes les instances de normalisation.

finalité requiert plusieurs critères tels que la connaissance des besoins du patient quant au service à fournir, l'ajustement des propriétés des services aux différentes attentes du bénéficiaire et la prévention des risques des événements indésirables. Il serait intéressant de se questionner à ce sujet en mettant en relief les risques de la non-qualité. Depuis plusieurs décennies, la notion de qualité se trouve au centre des préoccupations de nos établissements de soins par le biais d'activités, de processus, de gestion des dysfonctionnements et de préventions des événements indésirables. Dans un article consacré au coût de la non-qualité dans les établissements de santé¹⁰, les différents auteurs identifient et explicitent des critères traduisant la non-qualité, malheureusement très largement visibles dans le monde du soin. Premièrement, la survenue d'évènements indésirables reflète une défaillance de l'organisation de soins. Elle impacte directement l'état de santé de la personne soignée. Nous pouvons les évaluer par le biais d'indicateurs précis tels que des complications **médicales** liées aux différents soins reçus, par un taux élevé d'infections nosocomiales, par la constatation d'effets indésirables chez les patients liés aux médicaments ou par le taux élevé d'apparition d'escarres en court séjour. Deuxièmement, nous pouvons également cibler une utilisation inadéquate des ressources traduisant cette non-qualité. Celle-ci se traduit par la décision d'interventions injustifiées, par des prescriptions médicales inappropriées, par des hospitalisations non-pertinentes, par une défaillance à différents niveaux du circuit du médicament ou une inadéquation lit/patient. Toutes ces constatations accumulées représentent un coût important inutile à la charge de l'institution et possèdent la lourde responsabilité de menacer la pérennité de celle-ci. En ce sens, nous vivons une époque où la concurrence entre les établissements de soins, les attentes qualité des autorités de santé, les souhaits des bénéficiaires, les restrictions budgétaires...ne laissent aucune place à la non-qualité. Dans ce contexte, la notion de politique qualité des organisations de santé semble essentielle. Il devient donc primordial de mettre en place des processus garantissant la qualité dans les établissements.

En second lieu, la qualité d'un service ne se résume pas simplement aux résultats. En 1966, Donabédian, pionnier de la santé publique a décrit trois aspects distincts de la qualité des soins de santé : la structure, le processus et le résultat. Ce modèle¹¹ permet

¹⁰ Florence Saillour-Glenisson, Nathalie Préaubert, Catherine Rumeau-Pichon, Philippe Michel, *Les tribunes de la santé n°20 : Le coût de la non-qualité dans les établissements de santé*, mars 2008.

¹¹ Annexe 2, Le modèle de Donabédian.

d'examiner les aspects fondamentaux des soins de santé dans le but d'en assurer la qualité. Donabédian¹² a développé ce concept dans un article dans le *Milbank Quarterly*, intitulé *Evaluating the quality of medical care* en 1966. Devenu incontournable dans le domaine des processus de qualité, il met en relief trois aspects du soin. Premièrement, il explique l'importance de la structure, qui représente toutes les ressources mises en place, qui permettent d'assurer des soins de qualité, telles que la dotation du nombre de patients par infirmière, les compétences et les expertises de celles-ci, de l'équipement et des appareils à disposition... Ces préoccupations reviennent en priorité au cadre de santé. Deuxièmement, il introduit le concept de processus. Celui-ci correspond aux différents soins fournis au patient dans une démarche de qualité. Cette étape représente la pierre angulaire de la démarche infirmière. Troisièmement, il termine par le résultat des soins évalués à partir d'indicateurs précis tels que l'état de santé du patient, la survie de celui-ci, la survenue de complications... La satisfaction quant à ces indicateurs détermine la qualité d'un soin ou d'une prise en charge de la personne soignée. Cette dernière étape ne traduit pas une fin en soi dans la mesure où toute démarche peut être bonifiée. Elle constitue alors le point de départ d'une amélioration continue. La prise en compte et l'association de ces trois items, encadrés par le développement de procédures, permettraient alors de prodiguer des soins dans un esprit de qualité. Nous pouvons donner l'exemple de l'outil de la roue de Deming¹³, qui représente un outil concret de qualité. La roue de Deming ou PDCA¹⁴ est une méthode d'amélioration continue, qui présente quatre phases successives. La première étape est l'analyse de situation. Celle-ci engendre la deuxième étape caractérisée par l'énonciation d'objectifs précis d'amélioration de la qualité. Cette base nous amène à la troisième étape qui permet de planifier des actions, qui seront contrôlées et vérifiées à l'aide d'études d'indicateurs. La dernière étape consiste à réajuster en retournant à la première étape lorsqu'il existe un écart entre ce qui est observé et ce qui est attendu. Cette démarche très participative pourrait devenir très fédératrice dans une équipe à condition qu'il y ait une véritable implication de la part de celle-ci.

¹² Avedis Donabédian (1919-2000) était médecin et fondateur de l'étude sur la qualité des soins avec la création du modèle Donabédian.

¹³ Annexe 3, La roue de Deming.

¹⁴ Plan Do Check Act correspond à un outil de la démarche qualité. Nous pouvons le traduire en français par : planifier, faire, vérifier et réajuster.

Nous l'avons bien intégré, la qualité des soins dépend énormément de l'humain. En ce sens, elle requiert l'adhésion des personnes à tous les niveaux d'une organisation de soins. Elle concerne la direction de l'institution et l'équipe encadrante, pour l'allocation des différentes ressources nécessaires, mais également les équipes pluridisciplinaires dans l'engagement et l'implication dans les processus, l'évaluation et le réajustement. Même si le contexte économique et social des établissements de soins pouvait affaiblir l'implication du personnel dans cette démarche qualité, l'arrivée de l'accréditation au niveau national replacerait celle-ci au centre des préoccupations.

I-2-2- L'accréditation.

La démarche qualité découle directement d'une vision qualité de la part d'une institution. Elle se définit au travers de la norme ISO 9000¹⁵ comme les « *orientations et intentions générales d'un organisme, relatives à la qualité telles qu'elles sont officiellement formulées par la direction* ». Elle se trouve en adéquation avec la politique générale, les visions et les missions d'un organisme de soins. Elle fournit un cadre afin de fixer des objectifs mesurables en termes de qualité. Nous pouvons distinguer des objectifs stratégiques avec la formulation de résultats à atteindre et des objectifs opérationnels, qui se concrétisent par un projet ou un processus. Cette initiative des différentes directions des établissements de santé a été largement impulsée par les recommandations gouvernementales, notamment au travers de l'AR des hôpitaux coordonnés du 10 juillet 2008¹⁶ et de la réforme du système de santé, et par la démarche d'accréditation. Cette démarche représente une procédure par laquelle un organisme externe et indépendant, tel que l'organisation CANADA, donne une assurance écrite qu'un processus ou qu'un service répond bien à des exigences spécifiées par des agences de normalisation telles que HSO, ISO, AFNOR... Nous parlons de certification. Elle concerne tous les établissements de santé. Les experts-visiteurs sont mandatés par les autorités de santé et les résultats sont rendus publics. En ce sens, elle correspond à une reconnaissance formelle, par un organisme d'accréditation, de la compétence des organismes de soins ciblés par une évaluation de la conformité. En Belgique, l'intérêt pour l'accréditation des établissements de soins

¹⁵ ISO (Organisation Internationale de la Normalisation) est une fédération mondiale d'organismes nationaux de normalisation. ISO 9000 désigne un ensemble de normes relatives au management de qualité.

¹⁶ Conférence en ligne de l'HAS (Haute Autorité de santé, Certification pour la qualité des soins du 01 décembre 2020).

est récent. Il découle directement de nouvelles attentes sociétales et d'un choix politique de la part des autorités de la santé exprimé au travers de la réforme du système de santé. En ce sens, cette démarche possède plusieurs perspectives de réponses aux différentes attentes. D'abord, elle pourrait garantir au public le respect d'un minimum requis en matière de sécurité et de qualité dans les soins. Ensuite, elle pourrait permettre aux organismes de santé une meilleure efficacité, une maîtrise des coûts des soins de santé et une reconnaissance sous forme de label qualité. Enfin, chez les professionnels de santé, cette reconnaissance pourrait incarner le levier d'une nouvelle dynamique d'équipe, d'une autorégulation, ainsi que d'une amélioration des pratiques.

La politique de qualité dans les établissements de soins, avec l'application des recommandations des organismes d'accréditation, a permis d'améliorer la gestion des risques d'événements indésirables et de viser une excellence en termes de prise en charge de la personne soignée et de son entourage. Bien entendu, cette démarche requiert une vision commune à tous les membres d'un établissement, un processus managérial précis et surtout l'adhésion de tous les membres du personnel soignant.

I-3- Gestion des risques, sécurité et qualité : des enjeux managériaux.

La démarche qualité représente l'aptitude d'une organisation à mettre en place un ensemble de caractéristiques en vue de satisfaire les exigences et les besoins des usagers à travers ses prestations et son fonctionnement. Elle est dynamique, participative et s'inscrit dans la durée. Nous distinguons deux types de qualité. D'une part, la qualité externe qui correspond à l'adéquation entre le service proposé et les besoins et attentes du client. D'autre part, la qualité interne qui concerne la maîtrise et l'amélioration du fonctionnement de l'entreprise. Les organisations internationales des normes de qualité possèdent l'objectif d'harmoniser les critères et d'établir un processus managérial commun. Nous pouvons prendre l'exemple des normes ISO 9001, qui traitent des différents principes fondamentaux et le vocabulaire des systèmes de management de la qualité. Il serait intéressant d'explicitier leurs caractéristiques et d'étudier leurs limites.

I-3-1- Le management de la démarche qualité.

Selon les normes ISO 9001, le système de management de la qualité représente « *l'ensemble des activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité* »¹⁷ dans l'objectif de satisfaire le client, de renforcer la compétitivité de l'établissement et d'assurer la réussite de celui-ci à moyen et long terme. Ce système permet d'harmoniser et de faire évoluer les méthodes de travail, d'améliorer les performances de l'organisme, de maîtriser les risques et de diminuer les réclamations des usagers. Les organismes qui adoptent ce système de management se doivent d'appliquer les principes du management de la qualité qui se déclinent aujourd'hui en sept grands points. Premièrement, l'orientation client concerne la performance d'un établissement de soins par rapport à la satisfaction de ses usagers. Deuxièmement, nous retrouvons le leadership. Il est, en effet, primordial pour la hiérarchie et l'infirmier en chef en particulier d'incarner la vision et les valeurs de l'institution afin de les insuffler à tous les collaborateurs. Troisièmement, l'implication du personnel reste indispensable. Il est important pour la direction et les cadres de proximité d'impulser les motivations chez les différents protagonistes afin de favoriser leur implication dans ce processus de qualité. Quatrièmement, il convient de mettre en place un management par une approche système. En ce sens, il est nécessaire de déployer de manière concrète les différentes activités et processus d'amélioration de la qualité et surtout de s'assurer de leur bonne compréhension et gestion de la part du personnel. Cinquièmement, l'amélioration continue permet une remise en question perpétuelle de chaque activité de l'institution à l'aide d'outils afin de la rendre de plus en plus performante et compétitive. Sixièmement, la prise de décision se doit d'être fondée sur des preuves. La subjectivité laisse peu de place à la gestion des risques et à la qualité. Il est primordial d'évaluer précisément les conséquences de chaque acte dans le but d'en apprécier la conformité. Septièmement, nous retrouvons le management des relations avec les parties prenantes. Il se traduit par des relations avec la hiérarchie et les collaborateurs basées sur le respect et la confiance dans le but d'instaurer une meilleure gestion à tous les niveaux du processus de qualité.

Le système de management de la qualité se réfère à des normes permettant d'assurer l'amélioration continue des activités d'un établissement de soins. Il demande un

¹⁷ ISO 9000, *Système de management de la qualité - Principes essentiels et vocabulaire*, AFNOR France, 2000.

leadership de la part des cadres de santé afin de favoriser leur compréhension et leurs utilisations efficaces, ainsi que l'adhésion de tous les membres d'une équipe à ce processus. Néanmoins, il existe des freins à l'application de cette procédure.

I-3-2- Les limites de la normalisation de la démarche qualité.

La particularité de la mise en application d'une procédure réside dans l'impression de simplicité. En ce sens, l'aspect mécanique des différentes étapes, débutant par la problématique, passant par la définition des objectifs, la mise en action, les évaluations et finissant par les réajustements, offre une ligne directrice concrète et concevable. Cependant, certains éléments inévitables ou non à la procédure pourraient porter préjudice à la démarche qualité.

D'abord, la mise en action d'une démarche de qualité engendre une augmentation de la charge de travail et de la bureaucratie au détriment du soin et du temps passé avec le patient. Ensuite, la vision mécaniste de l'organisation qu'offre cette procédure représente un décalage entre la théorie et la réalité du professionnel. En ce sens, nous pensons aux contraintes psychologiques et organisationnelles des professionnels. La charge mentale, la surcharge de travail, le manque de personnel, les conflits, le manque de considération ne laissent que peu de place à la mise en place de nouvelles procédures d'amélioration de la qualité. Puis, l'abondance des normes pourrait finir par devenir contreproductives puisque chacune fait appel à une évaluation et à un contrôle constant des professionnels. En outre, la standardisation des normes sur le plan international semble en contradiction avec l'hétérogénéité des institutions. Enfin, il existe un décalage entre les évolutions techniques et sociétales et l'adaptation des normes. Il est à noter que celles-ci sont souvent en retard par rapport aux changements et aux innovations dans les systèmes de santé. Nous pensons à la problématique du vieillissement de la population avec l'augmentation des pathologies chroniques, à la diminution de la durée d'hospitalisation ou à l'apparition constante de nouvelles technologies.

Nos établissements de santé ont subi d'énormes évolutions en termes de qualité de service et de diminution notable des accidents sanitaires. L'avènement de la démarche qualité avec la certification joue un rôle incontestable dans cette progression. Bien que la normalisation de la qualité montre des limites, elle reste un socle solide à l'amélioration continue des services. De ce fait, il est question d'agir sur les causes de ces restrictions, en particulier avec l'implication du personnel soignant.

Dans le contexte sanitaire actuel, les patients, les professionnels de santé et les pouvoirs publics sont en attente d'une qualité, d'une sécurité et d'une efficacité dans les soins de santé. De ce fait, ces principes se retrouvent au centre des préoccupations de l'ensemble des structures de soins dans le but de se conformer à la loi, d'éviter les risques d'accidents et de rester compétitifs. Ces établissements ont recouru à des organismes de certification. Ceux-ci permettent d'évaluer les différents départements de l'organisation et d'établir un constat en se basant sur des normes de qualité de référence. Un processus de management de la qualité sera alors proposé impliquant différentes actions favorisant son succès. Les principes de leadership et d'implication de tous les protagonistes de l'institution y représentent des conditions indispensables. En effet, l'ensemble des objectifs fixés au cours de ce processus ne pourrait aboutir sans l'adhésion de tous les collaborateurs et en particulier celle du personnel soignant qui se retrouve en première ligne. Or, nous avons pu constater que la normalisation de la démarche qualité pouvait se retrouver limitée par une équipe soignante submergée par les contraintes organisationnelles et désengagée. L'encadrement des motivations serait-il la clé de la réussite de la démarche qualité ? En effet, l'implication du personnel soignant est cruciale dans toute démarche qualité. Ces professionnels sont au cœur des soins et sont les mieux placés pour identifier les problèmes, proposer des solutions et mettre en place des améliorations concrètes. D'abord, le personnel soignant travaille au quotidien avec les patients, les familles et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il est le mieux placé pour évaluer les pratiques courantes. Il est vrai qu'il peut identifier les dysfonctionnements lors de la prise en charge des patients et de leur famille, recueillir leurs commentaires et proposer des améliorations. Ensuite, le personnel soignant se retrouve en première ligne dans l'application des procédures d'amélioration mises en place et dans leurs évaluations. Puis, l'implication et la collaboration entre les différents professionnels de l'équipe pluridisciplinaire sont essentielles dans la démarche qualité. Cette dynamique encourage le partage des connaissances, des expertises, des expériences et la formation des nouveaux et futurs collaborateurs. Enfin, l'implication dans la démarche qualité favorise également la communication entre les différents acteurs et conduit à une meilleure coordination des soins et une meilleure satisfaction des patients.

L'implication professionnelle du personnel soignant représente une condition sine qua non à la réussite de toute démarche qualité. Cet engagement joue un rôle crucial tant la contribution des collaborateurs est essentielle pour assurer la sécurité et le bien-

être des patients. Face à cette réflexion, il serait intéressant de poursuivre notre cheminement vers la question : « *l'encadrement des motivations serait-il la clé de la réussite de la démarche qualité ?* »

2 – LES MÉCANISMES DES MOTIVATIONS

La notion de motivation porte en elle une multitude de significations. Nous pouvons presque qu'affirmer qu'il existe autant de théories que de théoriciens lorsque nous tentons d'en donner une définition parfaite. Bien que cette pensée soit très contemporaine, il est donc primordial de commencer par l'étymologie du mot. La motivation vient du mot « *motif* », lui-même emprunté au latin « *motivus* » qui veut dire « *mobile* » et « *movere* » dont l'équivalent en français est « *mouvoir* ». Elle se traduit en ancien français par « *ce qui met en mouvement* ». De manière plus imagée, nous pouvons assimiler cette pensée à une force qui nous pousse à avancer. Il est donc question à ce stade de déterminer ce que représente cette force. De manière plus générale, nous pouvons définir la motivation par « *le processus psychologique responsable du déclenchement, du maintien, de l'entretien ou de la cessation d'une conduite. Elle est en quelque sorte la force qui pousse à agir et penser d'une manière ou d'une autre. Ainsi, le recours au concept de motivation s'avère particulièrement utile pour comprendre les cognitions et comportements dans bien des champs de l'activité humaine : l'éducation, le travail, la santé en sont quelques exemples* »¹⁸. Cette définition générale reste assez abstraite quant à la nature du terme abordé et énigmatique par rapport au sujet de ce qui la provoque. En effet, nous connaissons les répercussions positives et négatives des motivations, cependant identifier ses origines s'avérait très intéressant pour le cadre de santé afin de pouvoir les manier. Plusieurs penseurs ont élaboré des théories sur la question. Il semble judicieux d'en étudier quelques-unes.

2-1- La théorie de Maslow

Il est difficile de contester le fait que Maslow¹⁹ représente le pionnier et la référence en matière de psychologie humaniste et motivationnelle. Tout au long de sa carrière, il a élaboré et perfectionné une théorie motivationnelle tournée vers l'humain et applicable à tous. Il serait intéressant de se pencher sur les principes qui la composent et sur les limites qu'elle révèle.

¹⁸ Définition du dictionnaire Universalis, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/motivation-psychologie/> (consulté 12/2022)

¹⁹ Abraham Harold Maslow (1908-1970) est un psychologue américain humaniste.

En 1943, Maslow oriente ses recherches vers la psychologie dans le monde du travail. Il écrit un article sur la hiérarchie des motivations, qui sera le point de départ de la théorie de la Pyramide de Maslow²⁰. Il va alors, tout au long de sa vie, tenter de mieux comprendre les mécanismes des motivations et la mise en pratique de sa théorie dans le monde du travail. Sa vision consiste à identifier tous les besoins nécessaires à la survie de l'être humain et à les hiérarchiser sous forme de pyramide composée de cinq étages. La force de cette théorie tient dans le fait qu'elle ne se contente pas des besoins physiologiques et de sécurité, mais elle inclue également les besoins d'appartenances et d'amour, les besoins d'être estimé et reconnu et enfin les besoins d'accomplissement de soi. Lors de son élaboration, ces notions étaient très avant-gardistes, surtout dans le monde professionnel. Nous nous rendons compte d'ailleurs qu'elles sont intemporelles et universelles puisqu'elles se calquent parfaitement à notre époque. Le principe de cette théorie consiste à combler le groupe de besoins situé en bas de la pyramide et de monter progressivement les paliers afin d'arriver à l'accomplissement de soi. En ce sens, l'accomplissement d'un palier nous offre une base solide et donc une impulsion et un désir de combler ceux se situant au-dessus. Maslow nous offre un formidable outil quand il s'agit d'évaluer et d'améliorer les conditions de travail des employés. De manière plus concrète, prenons l'exemple de l'utilisation de la pyramide de Maslow chez un infirmier d'une unité de soins hospitalière. D'abord, les besoins physiologiques demandent à l'employeur de veiller à ce que le traitement du salaire, les primes, les avantages sociaux...soient en adéquation avec le coût de la vie afin de permettre à ses employés de se nourrir correctement, de se loger, d'assurer son trajet vers son lieu de travail. Ensuite, les besoins de sécurité renvoient à la proposition d'un environnement de travail sécurisé en termes de dotation infirmière par rapport à la charge de travail, de prévention des risques d'accidents professionnels, de harcèlement, de discrimination... Puis, arrivent les besoins d'appartenance et d'amour, où il est important de créer un climat de travail apaisant et une cohésion d'équipe basée sur l'entraide et le partage afin de valoriser chaque individu. En outre, le besoin d'estime de soi fait appel au feed-back de la part de la hiérarchie, à l'occasion par exemple d'entretiens professionnels formels ou non, dans le but de valoriser le travail, de mettre en évidence les qualités professionnelles, d'encourager, de manifester la confiance envers le collaborateur. Enfin, dans le besoin

²⁰ Annexe 4, La pyramide de Maslow.

d'accomplissement de soi, il s'agit de donner tous les outils pour que la personne puisse se réaliser dans son travail tels que la référence dans les soins, le développement des compétences avec la formation continue, le tutorat... ou la possibilité d'avancements professionnels. Cette pensée humaniste basée sur les besoins propres de chaque individu, sera présentée de manière incomplète et simpliste au public. Ce qui lui vaudra un accueil mitigé.

Cet ordre hiérarchisé et progressif trouve rapidement ses limites et Maslow essuie énormément de critiques et de remises en cause de sa vision de la motivation. En effet, nous pouvons prendre l'exemple de certains artistes prêts à troquer la sécurité matérielle afin d'accomplir leurs arts et d'en vivre. En réponse à ses détracteurs, Maslow prend en compte les critiques et fait évoluer sa pyramide. Il ajoute alors les besoins cognitifs, esthétiques et transcendants. Il accepte également le fait que l'ordre de nos besoins peut être assoupli afin de s'adapter aux différentes circonstances et que nos motivations soient souvent multi-déterminées. Néanmoins, il perdure encore certaines failles. En ce sens, il existe un problème de distinction entre le besoin et le désir. Le besoin fait appel à une nécessité essentielle à la survie, qui pourrait amener à transgresser la loi si elle ne peut être satisfaite, tandis que le désir s'apparente plus à un souhait ou à une envie. Peut-on donner la même importance à tous les paliers, les sources de motivation sont-elles interchangeable ? De plus, nous pouvons avoir l'impression d'une certaine passivité de la part des employés ou travailleurs. En effet, l'employeur se doit de combler concrètement le maximum de besoins de ses subordonnés en espérant un retour sur l'investissement, qui dans le sens commercial du terme n'est absolument pas garanti.

Malgré le caractère universel et intemporel de la théorie des motivations de Maslow, nous pouvons constater qu'il existe un fossé entre l'époque de l'élaboration de cette pensée, où les besoins primaires de physiologie et de sécurité n'étaient pas couverts par la loi dans l'économie manufacturière, et la nôtre, où les besoins d'appartenance et d'esthétique prennent une place prépondérante via les réseaux sociaux. De ce fait, nous nous apercevons qu'il existe certaines failles dans cette philosophie des besoins qui nous poussent à en étudier d'autres.

2-2- La théorie de Herzberg

Il paraît compliqué de mettre sur le même plan tous les besoins en leur attribuant une impulsion à la motivation de teneur égale. Herzberg²¹ part de ce postulat et enrichit la position de Maslow par le biais de la théorie des deux facteurs²² en 1971. De son côté, il synthétise la pyramide de Maslow en deux parties. Sa démarche commence par l'interrogation de salariés sur des événements concrets qui leur ont procurés de la satisfaction ou de l'insatisfaction. Il définit alors une typologie à partir de la nature de ces événements en les catégorisant en facteurs d'hygiène et en facteurs de motivation. A la base de cette pyramide avec les besoins psychologiques, les besoins de sécurité et les besoins d'appartenance, il met en évidence des facteurs d'hygiène, dits extrinsèques. Ceux-ci s'apparentent à des critères matériels. Il fait alors référence à toutes les conditions de base offertes à un travailleur telles que le salaire, les avantages, le statut, les conditions de travail, la sécurité, les acquis sociaux (retraite, congés, ...), droits à la formation etc... Ces acquis, explicités lors de l'embauche, ne peuvent devenir des sources de motivation. En ce sens, leurs présences s'avèrent nécessaires puisqu'elles déterminent des éléments liés à la qualité de l'environnement. Bien au contraire, le dysfonctionnement ou le manque d'un de ces éléments considérés comme des droits se transforment alors en puissants facteurs de démotivation. Nous pouvons déjà entrevoir, à travers cette analyse, une partie des causes au mal des soignants de nos jours. Effectivement, si lors d'une embauche, il est convenu par la loi qu'un soignant a le droit à deux repos consécutifs tous les quinze jours et qu'il ne peut travailler plus de cinq jours, le fait d'être rappelé systématiquement lors de ses repos et de travailler sept jours consécutifs vont créer chez lui un désengagement avec le temps.

Dans la partie supérieure de la pyramide, Herzberg parle de facteurs intrinsèques avec les besoins d'estime et les besoins de s'accomplir. Ceux-ci font référence à des aspects plus psychologiques et informels. Nous parlons alors d'éléments qui rendent le travail plus enrichissant comme les besoins de réussites, de promotions professionnelles, d'autonomie, de reconnaissance... et de ce fait des sources de motivations. Herzberg explique que la hiérarchie ne doit pas se reposer sur les droits des travailleurs et leurs acquis sociaux afin d'espérer engager et motiver les

²¹ Frederick Irving Herzberg (1923-2000) est un psychologue américain contemporain, connu pour ses travaux sur l'enrichissement des tâches au travail.

²² Annexe 5, La théorie des deux facteurs de Herzberg.

collaborateurs. Il est plus que nécessaire pour le cadre de santé d'aller plus loin dans l'accompagnement de ses collègues dans le but d'espérer un dépassement de soi dans le travail de leur part.

L'analyse de la théorie des besoins de Herzberg nous amène à penser que la motivation et la démotivation ne forment pas une parfaite symétrie. Les éléments de notre insatisfaction une fois comblés ne mènent pas forcément à un élan de motivation. En revanche, s'ils ne sont pas satisfaits, une perte d'engagement s'en suit. Par conséquent, il est nécessaire pour la hiérarchie de respecter ses engagements tout en approfondissant la connaissance de chaque individu dans ses aspirations profondes.

2-3- La théorie de Vroom

Le respect des besoins d'hygiène et psychologiques ne garantissent pas l'impulsion de l'engagement d'un collaborateur vers une productivité satisfaisante. Il serait intéressant, afin de compléter notre réflexion, d'introduire une méthode plus cognitive. Contrairement à Maslow et Herzberg, qui focalisent leur théorie des motivations sur les besoins, le psychologue contemporain Vroom préfère se pencher sur les comportements. En effet, il part du principe qu'une action motivée résulte d'une réflexion consciente et raisonnée sur le rapport entre le coût de l'effort et son bénéfice. Il élabore alors une théorie dite des attentes ou V.I. E²³ où il développe les notions de Valence, Instrumentalité et Expectation. Il explique que l'élan de motivation doit-être déclenché et potentialisé par ces trois éléments. Il résume même sa pensée par une formule mathématique composée de multiplications ($V \times I \times E$). De ce fait, comme en mathématiques, si une seule variable est égale à zéro, la motivation également. Il est nécessaire et intéressant de prime abord d'expliquer ces différentes notions ; puis de s'interroger sur l'intérêt de cette pensée dans l'analyse de notre problématique.

Dans un premier temps, penchons-nous sur les trois thèmes principaux qui composent la théorie de Vroom. Indépendamment des besoins personnels, la théorie de Vroom met l'accent sur le résultat des bénéfices d'une action. Pour ce faire, les motivations à agir dépendent de l'enchaînement de trois types de perceptions. La première étape consiste à se questionner sur sa capacité à fournir l'effort demandé. L'auteur parle alors de la phase d'expectation. En médecine, nous la définissons par « *l'observation de la maladie sans intervention thérapeutique tant que le diagnostic n'est pas*

²³ Annexe 6, La théorie des attentes de Vroom.

établi »²⁴. Cette métaphore exprime une phase de réflexion, où l'individu se demande s'il se sent capable, si ses efforts vont accentuer ses performances. La deuxième étape amène à l'instrumentalité. Elle se définit par le « *conditionnement où la réponse due à la recherche d'une récompense (ou la suppression d'une punition) est l'instrument par lequel s'effectue le renforcement où il est question d'estimer la probabilité que l'effort fourni entraîne des résultats et des récompenses* »²⁵. La personne accepte certains efforts à condition d'avoir la possibilité d'atteindre des objectifs par rapport à la charge fournie. En ce sens, elle est persuadée que toutes les actions mises en place vont être récompensées. Elle se demande alors ce qu'elle va obtenir ou préserver par sa performance. Dans la troisième étape, il est question de valence avec la valeur attribuée à la récompense obtenue. En psychologie, nous expliquons ce terme par « *la puissance d'attraction (valence positive) ou de répulsion (valence négative) qu'un individu éprouve à l'égard d'un objet ou d'une situation* »²⁶. Il se demande quelle valeur accorder aux avantages obtenus et si cela vaut le coup. Dans un deuxième temps, Vroom nous apporte une analyse cartésienne des motivations, qui paraît très intéressante dans l'accompagnement au déclenchement des motivations du personnel. Nous pouvons admettre que ce schéma de pensée, associé à une méthode plus centrée sur l'humain, peut s'avérer être une ressource très intéressante pour l'infirmier en chef au quotidien. D'abord, la connaissance de la personnalité des différents collaborateurs par le responsable d'équipe semble nécessaire afin d'utiliser le levier de motivation adéquat. En effet, nous pouvons affirmer sans complexe que la diversité de chaque individu reste une caractéristique fondamentale de l'humanité. Le fait de porter un intérêt primordial à la valeur de la récompense reste pour certaines personnes une source incontestable de motivation. Par conséquent, des méthodes d'accompagnement à la réalisation de soi peuvent ne pas leur convenir et les rendre totalement hermétiques à cette pensée. Il n'est pas question ici de jugement de valeur puisque cette diversité contribue à la richesse de la culture, des idées et des réalisations de ce monde. Il est juste important de préciser que le cadre de santé se doit de tenir compte de cette réalité et d'adapter par

²⁴ Définition du Robert en ligne, <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/expectation>, (consulté 01/2023)

²⁵ Définition du Centre National de Ressource Textuelles et Lexical, <https://www.cnrtl.fr/definition/instrumentalit%C3%A9#:~:text=Instrumentalit%C3%A9%2C%20subst.,d'instrument%2C%20de%20moyen> (consulté 01/2023).

²⁶ Ibid.

conséquent des méthodes de motivations individualisées. Nous pouvons prendre l'exemple de la nouvelle génération Z, qui arrive sur le marché du travail. Elle correspondrait à 20% des employés. Ces personnes nées à la fin des années 90s, ont toujours vécu avec la technologie. Elles sont **très ouvertes d'esprit et sont en quête de sens dans la vie**. Néanmoins, sur le plan du travail, elles recherchent de la stabilité et de la sécurité. Cette génération sera plus sensible aux récompenses concrètes. Nous pouvons lire dans la littérature que lorsque nous interrogeons ces personnes, « *58,2% des candidats déclarent que celle-ci se traduit par une extension des responsabilités, qui se traduisent par des promotions par exemple. Juste derrière, ce sont les récompenses financières, primes, incitations et augmentation de salaire (58,2%) qui permettent aux employés de se sentir revalorisés au quotidien. Enfin, la prise en compte des opinions et suggestions liées à l'environnement de travail* »²⁷. Nous pouvons constater que les attentes ne sont plus d'ordre primaire. Cette nouvelle génération et donc le futur de notre société utilise le travail comme un tremplin vers un épanouissement moral, psychologique, idéologique et matériel. Ensuite, la notoriété de la théorie des attentes dans la sphère du management semble résider dans son aspect très concret sur le plan des récompenses. En ce sens, elle se base sur des facteurs identifiables de besoins par le cadre de santé afin de déclencher un engagement au profit d'une mission observable et mesurable. En d'autres termes, nous sommes face à une situation de « win to win ». Enfin, la théorie de V.I.E offre à l'encadrant la possibilité de mettre en place des actions concrètes visant à déclencher un engagement chez les collaborateurs aux vues de résolutions de problèmes dans le service de santé. Premièrement, il doit déterminer le niveau d'expectation chez le collaborateur. Il juge avant tout les capacités de celui-ci à mener une tâche à son terme en fonction de ses compétences et qualités humaines. Il identifie dans le discours de la personne son envie et son sentiment de réussite. Deuxièmement, le cadre détermine le niveau d'instrumentalisation. Il tente d'identifier les demandes conditionnées par l'atteinte des objectifs ou de sentir l'intérêt suscité par la récompense proposée. Troisièmement, il est très important, dans l'étape de la valence, d'évaluer la valeur que la personne attribue à la récompense et aux conséquences de l'atteinte des objectifs fixés. La balance doit être impérativement positive à l'égard de la satisfaction par rapport aux efforts et aux sacrifices fournis par le collaborateur. Dans

²⁷ People Sphère.be, publié le 12/05/2022, <https://peoplesphere.be/fr/generation-z-a-avis-assez-tranche-quant-aux-ingredients-requis-bonne-relation-entre-management-collaborateurs/> (consulté 02/2023).

le cas où chaque étape se révélerait positive et potentialiserait les autres, nous pourrions nous attendre de la part du collègue à un intérêt certain à une impulsion motivante à la réalisation des différentes tâches demandées jusqu'à l'atteinte des objectifs. Nous pouvons constater que ce dispositif d'encadrement recèle des bienfaits en termes d'engagement et de motivations à long terme. De plus, il met en évidence l'importance du feed-back. Le retour sur investissement, qu'il soit matériel ou sous forme de reconnaissance, détermine cette pérennité de la motivation et de la confiance entre une personne et sa hiérarchie. Néanmoins, n'oublions pas que les termes « *conjecture* » et « *encadrement* » ne semblent pas compatibles. Il est préférable pour l'infirmier en chef d'éviter de penser à la place des collaborateurs. Un accompagnement basé sur l'écoute active, la confiance, l'évolution des compétences, la réciprocité et le développement personnel semble conditionnel à la réussite de cette méthode.

Il est sans conteste que Vroom nous expose une analyse très concrète des motivations. Les termes développés font partie du champ lexical du marketing ou du commerce et se fondent parfaitement dans le domaine du management des ressources humaines. Bien que cette méthode ressemble à un instrument d'encadrement efficace et catalyseur des motivations, nous pouvons constater qu'une relation étroite avec les collaborateurs reste indispensable.

2-4- Les leviers et les limites des motivations.

Le professeur en psychologie du travail Levy-Leboyer explique que « *la motivation peut être décomposée en trois étapes qui se définissent dans le cadre des actions visant la poursuite d'un résultat donné, donc d'une performance. Premièrement, le choix de l'objectif ou encore l'acceptation par l'individu d'un objectif qui lui est assigné. Deuxièmement, la décision, souvent implicite, qui concerne l'intensité de l'effort que cet individu va consacrer à atteindre cet objectif. Enfin, la persévérance dans l'effort au fur et à mesure qu'il se déroule et en fonction des retours d'informations sur des résultats par rapport à l'objectif à atteindre* »²⁸. Nous comprenons qu'il existe une chronologie dans le processus des motivations à accomplir une tâche professionnelle déterminée. Celle-ci débute par une prise de décision et se termine par l'atteinte

²⁸ Claude Levy-Leboyer, *la motivation dans les entreprises*, Edition d'organisation, 2006

d'objectifs organisationnels. Ce chemin est parsemé de différentes composantes comme l'acceptation d'une tâche, la décision de l'intensité de l'effort à l'accomplir, la persévérance conditionnée par le feed-back et le succès. Nous comprenons également la nécessité d'une l'intervention extérieure. Dans le cadre de notre problématique, chaque étape offre une possibilité d'action déterminante au cadre de santé. Nous étudierons certains leviers de motivations pouvant être actionnés par l'infirmier en chef et les limites de son champ d'action.

2-4-1- Les leviers des motivations.

L'étude des motivations met en évidence une réciprocité des besoins entre le cadre de santé et les collaborateurs. En ce sens, motiver une personne dans le but d'un objectif professionnel précis implique son adhésion complète. Il existe plusieurs leviers permettant de favoriser cet accord mutuel.

2-4-1-1- Le bien-être au travail.

Les différentes théories que nous avons pu étudier évoquent la nécessité de combler un manque pour qu'en résulte une volonté de passer à l'action. En ce sens, la qualité de vie au travail représenterait le socle de toutes sources de motivations. Elle est définie dans l'accord national interprofessionnel sur la qualité de vie au travail de juin 2013 par « *un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué* ». Cette notion, véritable levier de motivations, paraît un peu large et abstraite. Pourtant, elle regroupe des concepts qui se retrouvent parfaitement dans le champ de compétences de l'infirmier en chef. Nous pouvons en étudier quelques-unes.

D'abord, l'amélioration continue de la démarche de prévention des risques professionnels reste une priorité dans les missions du cadre de santé. Il se doit de préserver la sécurité physique et psychologique des collaborateurs par le biais d'actions concrètes. Nous pensons à la mise en place et à la surveillance des protocoles de sécurité professionnelle tels que la prévention des accidents d'exposition au virus, la prévention des lombalgies, les protocoles de transfusion, les

protocoles de sécurité incendie etc. Nous pensons également à une dotation infirmière/patient équitable par le biais d'une mobilisation de personnels volants, de réclamations de personnels auprès de la hiérarchie, d'une aide concrète dans les soins de la part du cadre de santé ou d'intérimaires. Le fait de donner l'occasion aux soignants de consacrer un temps acceptable à la prise en charge des personnes soignées favoriserait une diminution des risques d'accidents effectués dans la précipitation des soins et permettrait un bien-être psychologique des soignants. Ils auraient enfin l'impression de soigner dans des conditions optimales.

Ensuite, la prise en compte de l'existence de leur vie privée diminuerait la charge mentale des collaborateurs souvent tiraillés entre le travail et la maison (problèmes de gardes d'enfants, fatigue extrême, ...). En ce sens, le cadre de santé pourrait agir sur la conciliation entre la vie privée et professionnelle avec le respect des repos hebdomadaires et des horaires, être à l'écoute des besoins dans l'élaboration des grilles horaires...

Enfin, la cohésion d'équipe et l'entente entre les différents professionnels rend l'environnement de travail plus attractif. Il existe diverses manières qui facilitent cette harmonie professionnelle telles que la gestion des conflits, l'organisation de réunions, des teams building, l'élaboration de projets en équipe etc.

Pendant longtemps, le travail a été considéré par les salariés comme un simple moyen de subvenir à leurs besoins. Dans le sens où, après la famille, la vie professionnelle tient une place prépondérante, il est important pour les infirmiers en chef de considérer le bien-être professionnel comme un atout à l'implication des collaborateurs.

2-4-1-2- La reconnaissance par cadre de santé

Les besoins de reconnaissance font partie des principales composantes des théories des motivations, à l'instar de celle de Maslow. Nous pouvons définir le terme de reconnaissance par le fait de rendre légitime la place d'une personne afin qu'elle puisse s'épanouir et donner le meilleur de son potentiel. De ce fait, le collaborateur réclame une attention particulière de la part de sa hiérarchie sur son désir d'être indispensable à l'organisation de travail. Plus son sentiment sera poussé dans ce sens, plus il montrera une implication et une volonté à garder cette représentation de lui. Il est aisé pour l'infirmier en chef de mettre en évidence les atouts et les potentiels d'un collaborateur en utilisant certaines techniques managériales telles que le fait de

favoriser l'autonomie en confiant des projets professionnels, déléguer des missions, mettre en place un feed-back régulier, être à l'écoute ou permettre aux collaborateurs de s'exprimer librement. La reconnaissance d'un membre du personnel passe également par l'accompagnement au développement des compétences professionnelles, qui exprime une confiance accrue aux potentiels de la personne.

2-4-1-3- Le développement des compétences.

Depuis plusieurs décennies, la notion de compétence se trouve au centre des préoccupations de la gestion des ressources humaines. Dans le contexte de management, nous pourrions la traduire comme « *un processus impliquant des attitudes, des savoirs et des savoir-faire permettant de résoudre un problème dans un contexte non rencontré précédemment* »²⁹. Cette définition évoque une correspondance entre des connaissances et des actes. Selon Françoise Ropé³⁰ et Lucie Tanguy³¹, la compétence peut se singulariser par la réunion de trois principes. D'abord, le fait qu'elle soit indissociable de l'action. Ensuite, le fait qu'elle soit constatée au détour d'une situation particulière. Enfin, le fait qu'elle soit reconnue de la part d'un organisme ou d'une instance individuelle ou collective³². Nous allons focaliser sur les deux derniers points, qui mettent en évidence le besoin pour un salarié de constats formels de ses capacités professionnelles de la part de sa hiérarchie. Ainsi, l'accompagnement au développement des compétences par le cadre de santé devient une source de motivation importante. En effet, il permet au collaborateur de combler et de dépasser ses besoins de reconnaissance tout en développant sa technique et son expertise professionnelle. De plus, il possède un effet boomerang puisqu'il offre à la hiérarchie la possibilité d'optimiser la compétitivité de l'organisation de travail. Concrètement, l'accompagnement des compétences peut se traduire par des propositions ciblées à chaque membre du personnel telles qu'une formation continue, des conférences, des évolutions professionnelles, des spécialisations, des réunions d'échanges sur les pratiques professionnelles, des démonstrations techniques... et surtout du coaching de la part de pairs ou du cadre de santé. La question du

²⁹ Définition du dictionnaire Larousse, Edition Larousse, 2015

³⁰ Françoise Ropé, écrivaine contemporaine et docteur en science de l'éducation.

³¹ Lucie Tanguy, sociologue contemporaine et directrice de recherche au CNRS (centre national de la recherche scientifique).

³² Françoise Ropé et Lucie Tanguy, *Savoirs et compétences*, édition Harmattan, octobre 1994.

développement des compétences professionnelles et l'épanouissement qu'il procure reste un levier sérieux des motivations. Cependant, la gestion de ce processus demande une habilité managériale qui passe essentiellement par la communication.

2-4-1-4- La communication

L'activité des cadres de santé comporte une part importante consacrée à la communication. Cette notion englobe une multitude d'aspects dont le point de départ peut être assimilé à un « *processus par lequel une personne (ou un groupe de personnes) émet un message et le transmet à une autre personne (ou groupe de personnes) qui le reçoit, avec une marge d'erreur possible (due, d'une part, au codage de la langue parlée ou écrite, langage gestuel ou autres signes et symboles, par l'émetteur, puis au décodage du message par le récepteur, d'autre part au véhicule ou canal de communication emprunté)*³³ ». Cette définition met l'accent sur le fait que chaque étape de ce processus se doit d'être scrupuleusement soignée et étudiée dans le but d'éviter des répercussions contraires à la volonté de l'émetteur. En ce sens, l'étude du choix des outils de communication, des contenus des messages transmis, des personnes visées, des moments choisis requièrent une stratégie étudiée préalablement. En effet, les principales missions du cadre de santé sont d'organiser, d'animer et de coordonner le travail d'équipe. Pour ce faire, l'adhésion et l'engagement de la part des collaborateurs s'avèrent indispensables. Une communication contrôlée et adaptée aux différentes personnes et situations peut s'avérer devenir la pierre angulaire des motivations. Elle se présente sous plusieurs formes. Dans notre situation, nous focaliserons sur la communication interne d'une organisation de soin et plus particulièrement celle du cadre de proximité.

D'une part, la communication interne représente toutes les actions menées au sein d'une organisation de travail dans le but d'interagir avec les collaborateurs. Elle représente une source principale de succès et d'harmonie à travers le développement d'une relation de confiance entre la hiérarchie et les salariés, et d'un sentiment d'appartenance à une entreprise. Elle est un outil d'information, de management et de motivations en fédérant tous les salariés autour de mêmes valeurs, d'une vision et d'un projet commun. Il existe une multitude d'outils de communication internes où le salarié occupe une position centrale. La communication descendante, basée sur un système

³³ Définition du CNRTL, <https://www.cnrtl.fr/definition/communication> (consulté en mars 2023)

hiérarchique, permet transmettre les directives de l'établissement par le biais de notes, de tableaux d'affichage, news letters, protocoles, réunions d'informations... Les managers doivent alors montrer l'exemple et s'impliquer personnellement pour motiver les équipes. La communication donne plus de place aux collaborateurs au sein de l'organisation en leur permettant de donner leurs avis, leurs doléances ou leurs aspirations à travers une boîte à idées, des questionnaires, des réunions, des entretiens formels ou non, ... La communication transversale ou horizontale bouscule les schémas traditionnels par son aspect égalitaire entre tous les collaborateurs. Elle utilise les outils comme l'intranet, la messagerie interne, les rencontres informelles et conviviales (les sorties CE, les repas de services, les rencontres de Noël, etc.)

D'autre part, le cadre de santé occupe une place centrale dans la coordination de l'ensemble de ces informations émises. En ce sens, il facilite leurs transmissions, met l'accent sur leur existence et tente de traduire les incompréhensions qu'elles peuvent susciter. Étant donné la multitude de biais pouvant altérer un message, cette mission semble titanesque. Il existe pourtant quelques stratégies, à adopter par l'infirmier en chef afin de faciliter cette tâche, telles que la construction d'une relation de confiance, la capacité à s'informer et à informer, le développement d'une écoute active et le leadership. Premièrement, une communication réussie requiert une prise en compte de chaque personnalité. Elle impose une écoute active de chaque membre de l'équipe, de s'adapter à lui, de lui accorder le temps nécessaire et de prendre en compte l'aspect personnel de sa vie. Deuxièmement, manager l'information contribue à la cohésion et à la performance d'une équipe. En effet, il est primordial de chercher les informations, d'en faciliter l'accès et de le partager afin d'assurer la réactivité, l'adaptabilité et la créativité des collaborateurs. De plus, le fait de mettre en évidence des objectifs précis par rapport à des directives claires favorise l'engagement. Troisièmement, la communication et le leadership sont deux compétences indissociables. Elles font partie des composants déterminant les différences entre un manager appliquant simplement les consignes de sa fonction et un leader inspirant de l'engagement et de la motivation. Il est important de noter qu'une large partie relève de la subjectivité, c'est-à-dire de la perception que ses interlocuteurs ont de lui. Néanmoins, un leader ressentira un plaisir et possèdera une aisance dans cet exercice efficace. Il incarnera une autorité naturelle qui donnera du sens à ses actions et ses décisions auprès de l'équipe.

Le déclenchement des motivations au travail requiert l'intervention d'un meneur pouvant activer les leviers du bien-être, de la reconnaissance, de l'écoute et de la confiance afin de susciter un engagement. Le cadre de santé, de par son leadership, devient le chef d'orchestre de ce processus au service d'une cohésion d'équipe et d'atteintes d'objectifs professionnels précis. Cependant, il existe des freins à cet accompagnement.

2-4-2- Les limites de l'encadrement des motivations.

Il existe une multitude de facteurs permettant au processus des motivations d'émerger chez un collaborateur. L'accompagnement par l'infirmier en chef y occupe une place privilégiée à des fins collectives et institutionnelles. Cependant, le contexte social et économique apporte un frein à cette lancée.

D'abord, il existe une impuissance de la part des cadres de santé face à la démobilitation importante des soignants. Celle-ci se traduit par une diminution de l'implication au travail, de l'absentéisme, une fuite des établissements de santé, des reconversions professionnelles, une perte de confiance, des troubles psychosociaux comme le burn-out... En effet, lors de ces dernières décennies, nous avons été les témoins d'une dégradation du contexte socio-économique des établissements de santé. Ceux-ci doivent faire face à des crises économiques et financières de plus en plus profondes. Ces restrictions budgétaires asphyxient les différents services de soins et impactent directement les conditions de travail des différents employés et celles des soignants en particulier. En ce sens, les bas salaires, le manque de reconnaissance, le manque de perspective, un déséquilibre entre la vie professionnelle et personnelle, la charge de travail lourde, les responsabilités écrasantes, une hiérarchie directive, un processus de reporting lourd (transmissions ciblées, ...), des horaires changeants sont autant de sources de revendications exprimées par les salariés de ces institutions de soins. Il en résulte une charge émotionnelle très forte, qui pèse sur la vie familiale et sociale, un rythme de travail excessif et une forte tension, qui amènent les soignants à ne plus trouver de sens à leur travail. Ensuite, l'étude des processus des motivations professionnelles nous explicite clairement l'importance de l'accompagnement de chaque individu par le cadre de proximité vers une satisfaction des besoins intrinsèques et extrinsèques. Nous avons pu constater que l'ensemble des actions individuelles permettant cet encadrement semble chronophage pour le cadre de santé

et alourdir excessivement sa charge mentale. Devons-nous sacrifier la motivation, et même la santé morale du cadre de santé au profit des collaborateurs ? Enfin, l'âge d'arrivée à la retraite augmentant, nous nous trouvons de plus en plus face à plusieurs générations (X, Y, Z) dans le même environnement professionnel, qui possèdent des visions, des attentes et des modes de communication différents. Ce constat sociétal nous amène à nous interroger sur la capacité du cadre de santé issu d'une certaine génération à communiquer efficacement ou à incarner le leadership face aux autres. De plus, nous pourrions nous demander comment fédérer dans ce contexte de diversité générationnelle ?

Au sortir de l'école, le cadre de santé débarque dans son unité de soins fort de ses apprentissages sur l'importance de motiver les collaborateurs afin de leur permettre de s'épanouir professionnellement et de respecter les missions managériales qui lui sont confiées. Néanmoins, il se confronte aux dures réalités des conditions de travail difficiles, de l'incompréhension dans certaines relations et de l'amplitude horaire que sa tâche lui réclame. La véritable question pourrait devenir : comment se motiver à motiver ?

La notion de motivation est très récente et se repend à la fin du siècle dernier. Elle est amorcée par Maslow, dans un contexte politique où la lutte des classes et la prise de conscience des conditions de travail des personnes dites en bas de l'échelle sociale se propagent. Avec sa pyramide des besoins fondamentaux, il replace l'être humain au centre des débats. Il casse le schéma industriel de l'époque en distinguant l'homme et ses différents besoins fondamentaux, de la machine, dont le seul but est le rendement. Une grande variété d'intellectuels suivra le pas en élaborant des théories où les besoins matériels et psychologiques deviendront les conditions nécessaires à l'accomplissement personnel dans le travail, à l'envie de se surpasser et donc aux différentes motivations. Cependant, notre société, basée sur l'économie et l'accroissement du capital, requiert des résultats concrets de la part de ses travailleurs. Comme nous avons pu le constater, les notions de gestion des risques et de la démarche qualité jouent un rôle prépondérant dans nos établissements de soins. Il devient alors indispensable pour le cadre de santé de se recentrer sur l'accompagnement des collaborateurs à l'accomplissement de leurs besoins dans le but de déclencher des motivations et ainsi réclamer un retour en faveur d'objectifs institutionnels précis. Il est vrai que le cadre de santé joue un rôle clé dans les motivations et l'engagement des soignants, qui sont les piliers du fonctionnement des services de santé. En prenant en considération les besoins des soignants, le cadre de santé peut aider à améliorer leur motivation, leur satisfaction professionnelle et leur bien-être, ce qui peut à son tour contribuer à une meilleure qualité de soins pour les patients.

D'abord, en répondant aux besoins, l'infirmier en chef peut améliorer les motivations et l'engagement dans le travail. Lorsque les collaborateurs se sentent écoutés, compris et soutenus, ils sont plus susceptibles de se sentir valorisés et investis dans leurs différentes tâches, ce qui se traduit par une implication accrue et une qualité dans les soins. Les collaborateurs motivés et engagés sont également plus susceptibles de garder leur poste de travail et de contribuer à la stabilité et à l'amélioration de l'organisation. Ensuite, la prise en compte des besoins des salariés permet de créer un environnement de travail plus positif et plus respectueux. Les soignants ont besoin d'un environnement professionnel sûr et confortable pour pouvoir offrir des soins de qualité. Les collaborateurs sont plus susceptibles de se sentir à l'aise et en sécurité dans un environnement où les besoins sont pris en compte, ce qui peut conduire à une culture de travail plus harmonieuse et à une réduction des conflits et des tensions au

sein de l'équipe. Enfin, la prise en compte des besoins des collaborateurs permet de démontrer l'engagement du cadre de santé envers leur bien-être et leur développement professionnel. Le fait de favoriser la formation professionnelle et d'offrir des opportunités d'évolution de carrière aide les collaborateurs à se sentir valorisés et encouragés. Cela les motivera à s'investir davantage et à contribuer davantage à l'organisation de divers projets institutionnels.

Prendre en considération les besoins des collaborateurs est essentiel à l'amélioration de leurs motivations et de leur engagement, à l'instauration d'un environnement de travail positif et respectueux et à la démonstration de l'engagement du cadre envers le bien-être et le développement professionnel de l'équipe soignante.

3- LE CARE, UNE NOUVELLE NOTION D'ENCADREMENT ?

L'engagement et l'implication de l'ensemble des protagonistes d'un établissement de soins se retrouvent à la base de la démarche qualité et de la gestion des risques. Malheureusement, le contexte social et économique engendre des facteurs favorisant une démobilitation accrue du personnel soignant. Malgré une évolution des mentalités dans la sphère hiérarchique concernant le management des ressources humaines par le biais d'outils de plus en plus inclusifs tels que l'approche situationnelle de l'encadrement, les team building, les entretiens informels, etc., il persiste un sentiment de manque de reconnaissance chez le personnel soignant. Comme nous avons pu l'étudier, l'accompagnement des collaborateurs dans le comblement de leurs besoins semble jouer un rôle prépondérant dans leurs motivations et leurs engagements professionnels. Au-delà de la théorie, il est question de trouver les outils qui permettront la mise en pratique de cet accompagnement. En effet, de quelles manières insuffler sincèrement un sentiment de reconnaissance, de bien-être et d'envie de performance au travail ? Il existe une notion du care, qui évolue en arrière-plan depuis une quarantaine d'années. Elle infiltre discrètement les différents domaines de la vie sociétale comme l'éducation, l'écologie et la politique. Elle commence à trouver ses marques dans le management. Cette notion reconnaît l'importance des relations humaines basées sur la confiance, la responsabilité mutuelle, l'empathie et la prise en compte des besoins des autres. Il serait intéressant de s'y attarder afin d'étudier comment le care pourrait concrètement replacer le collaborateur au centre des préoccupations du cadre de santé et ainsi favoriser l'engagement professionnel.

3-1- Qu'est-ce que le care ?

Le care représente une notion multidimensionnelle qui englobe à la fois des dimensions éthiques, politiques et sociales. Il souligne l'importance de répondre aux besoins des autres et de promouvoir leur bien-être. En ce sens, le care est souvent vu comme un élément clé de la justice sociale et de la solidarité humaine. Dans le cadre de notre problématique, il nous faut approfondir ce concept. Dans un premier temps, il sera intéressant de définir ce terme. Dans un second temps, nous étudierons l'éthique du care. Dans un troisième temps, nous explorerons ses portées politiques.

Premièrement, penchons-nous sur la signification du terme de care. La traduction française de ce terme ne se réduit pas à un seul mot ou à une seule définition. Cette particularité conduira d'ailleurs à de nombreux débats, interprétations, subversions, prolongements idéologiques et contributions théoriques sur le sujet. Par sa nature polysémique, le terme de care possède plusieurs traductions en français, ainsi nous pouvons le comprendre par « *prendre soin* », « *se soucier de* », « *faire attention à* », « *se sentir concerné par* », « *être important* », « *affectionner* » etc... Ces expressions possèdent un point commun celui de sollicitude envers les autres. Nous pouvons également distinguer deux dimensions, celle de la morale et celle, plus concrète, des activités de soin. Nous pouvons donc définir le care par la sollicitude portée à l'égard des personnes ou groupe de personnes en situation de vulnérabilité physique, psychique, anthropologique ou sociale. Tronto³⁴ donne une définition plus complète de ce concept en le définissant comme « *une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre « monde », de sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde comprend nos corps, nous-mêmes et notre environnement, tous les éléments que nous cherchons à relier en un réseau complexe, en soutien à la vie* »³⁵. En effet, elle décrit la notion de care de manière plus concrète. De plus, elle met en valeur la notion d'interdépendance dans notre société.

Deuxièmement, penchons-nous sur l'origine de la théorie de l'éthique du care. Ce concept anglo-saxon naît aux Etats-Unis dans les années quatre-vingt. L'histoire de ce pays impacte lourdement la mise en lumière de cette théorie. En ce sens, il est important de rappeler que, malgré toutes les avancées morales, sociales et industrielles, les Etats-Unis d'Amérique ont été marqués par des événements et des décisions politiques moralement remis en cause de nos jours. En effet, la société américaine porte les stigmates de l'esclavagisme, des lois ségrégationnistes et du génocide amérindien, qui reste des plaies toujours ouvertes et qui génèrent des inégalités sociales. De plus, la prospérité de ce pays a engendré des flux élevés migratoires tout au long de son histoire. Cette large proportion d'immigrés serait destinée, en grande partie, à occuper des tâches considérées comme moins gratifiantes et plus invisibles dans la société, tels que les emplois domestiques, ceux

³⁴ Joan Tronto, née le 29 juin 1952, est une politologue, professeure de sciences politiques et féministe américaine.

³⁵ Joan Tronto, *Un monde vulnérable pour une politique de care*, La découverte, janvier 2009.

relevant de l'aide à la personne et ceux au service de la classe moyenne... Ce fait démontre le dénigrement de la société par rapport à ces tâches de sollicitude. Nous sommes également face à une nation prônant le **self-made-man**³⁶, où il est légitime de penser que les victoires économiques prennent le pas sur l'essence de l'humanité avec toutes ses particularités. Les inégalités raciales et sociales ne représentent pas les seuls constats ayant inspiré la théorie du care. Les luttes face aux inégalités entre les hommes et les femmes ont également permis l'émergence du militantisme féministe. Dans ce contexte historique, économique et social, Gilligan³⁷ donne naissance au concept de care en 1980 dans son ouvrage *Une voix différente*. En effet, elle tente de mettre en lumière une manière différente de concevoir la morale jusqu'ici empreinte de justice issue d'un modèle patriarcal. Ses travaux découlent de la remise en question des théories du développement moral par stade de l'enfant de Kohlberg³⁸, dont elle a été l'étudiante puis la collègue. Cette théorie du développement psychologique de l'enfant prolonge les travaux de Piaget³⁹. Kohlberg élabore sa théorie à partir de l'interprétation des résultats de l'expérience du dilemme de Heinz, qui pose un dilemme moral dans le but d'amener le sujet à son maximum de réflexion éthique. En effet, il demande à des enfants d'âges différents de réagir face à un dilemme : « *La femme de Heinz est très malade. Elle peut mourir d'un instant à l'autre si elle ne prend pas un médicament X. Celui-ci est hors de prix et Heinz ne peut le payer. Il se rend néanmoins chez le pharmacien et lui demande le médicament, ne fût-ce qu'à crédit. Le pharmacien refuse. Que devrait faire Heinz ? Laisser mourir sa femme ou voler le médicament ?* ». D'après lui, les résultats démontrent un parallèle entre l'âge de l'enfant et la maturité morale, mais également entre le genre et la maturité morale. Les filles atteindraient un stade de maturité morale moins élevé que celui des garçons. Pour Kohlberg, la fille n'est pas capable de comprendre le dilemme moral et de faire le choix d'un principe supérieur, celui de sauver une vie. Cette analyse genrée et androcentrée de Kohlberg est totalement réfutée par Carol Gilligan, qui met en évidence des biais méthodologiques au décours de la préparation et du déroulement de l'expérience de son collègue. De son côté, elle va mettre en scène Jake et Amy, deux adolescents qui

³⁶ Traduit de l'anglais : un homme qui s'est fait lui-même.

³⁷ Carol Gilligan est une philosophe, psychologue, féministe américaine contemporaine.

³⁸ Kohlberg est un psychologue Américain contemporain, collègue de Carol Gilligan. Il établit la théorie du développement moral de Kohlberg très contesté par les mouvements féministes.

³⁹ Jean Piaget (1896-1980) psychologue suisse installé en France, dont les travaux sur le développement de l'enfant ont eu une importance et une renommée internationale. Il a publié en 1932 *Le jugement moral de l'enfant*.

vont être confrontés à ce dilemme. Jake fait le choix de voler le pharmacien puisque la vie de sa femme demeure prioritaire. S'il se fait prendre, le juge comprendra et prononcera une sentence compréhensive. Amy, de son côté, explore d'autres solutions qui excluent le vol puisque si Heinz va en prison, la situation de sa femme s'en trouvera dégradée. Elle suggère donc de trouver les moyens d'emprunter l'argent ou de convaincre le pharmacien. Pour Amy, le problème se situe dans le refus du pharmacien de répondre aux besoins d'autrui et la solution se trouve dans l'amélioration de la relation. Au travers de ses travaux, Gilligan critique la suprématie accordée aux notions de justice, d'équité, d'impartialité et d'autonomie considérées comme masculines au détriment de valeurs morales comme le care attribuées aux femmes. Cette approche psychologique bouleverse ainsi le paradigme traditionnel en donnant une nouvelle résonance à la notion de morale, où la vulnérabilité et l'interdépendance possèdent une place centrale. En effet, celle-ci ne découle plus de la justice mais du souci d'autrui. La théorie de l'éthique du care apparaît alors. Elle attire l'attention sur des concepts négligés par la société et relégués au second plan. Cette éthique du care issue de la pensée féministe a inspiré un grand nombre de penseurs, qui ont développé cette notion avec une tendance à vouloir lui conférer une dimension politique.

Troisièmement, de nos jours, le système capitaliste, où prédomine le capital financier et où les prix des biens sont fixés par le marché, semble dominer l'ordre économique mondial. Ce modèle de société fluctuant privilégie la production au détriment de tout ce qui n'est pas rentable, c'est-à-dire les activités sociales et environnementales. Dans ce contexte, il existe un très grand nombre d'acteurs issus de domaines variés voulant défier cette grande machine afin de favoriser une société plus juste et davantage respectueuse de l'environnement. Les défenseurs du care élèvent également leur voix face à ce combat. Tronto est l'une des premières intellectuelles à vouloir prolonger l'éthique du care en lui donnant une dimension politique. Elle explique lors d'une interview donnée à la revue Philosophie magazine⁴⁰ que « *tous les êtres humains sont dépendants de soins. Parfois, le besoin de soins, qui nous constitue, est si puissant que d'autres doivent en assumer au moins une partie* ». L'individualisme, prôné dans le capitalisme, devient alors problématique. En ce sens, notre modèle de société, où les désirs matériels semblent privilégiés, serait totalement délétère à l'Homme. Elle

⁴⁰ Philosophie magazine, n° 59, mai 2012

préconise une société d'interdépendance, où la revalorisation des activités du care, reléguées au second plan, permettrait une nouvelle conception de la justice sociale. Celle-ci exige des réformes concrètes sur le plan institutionnel. La politique possède la finalité de préserver une cohésion sociale et de garantir dans les démocraties les droits fondamentaux des citoyens. C'est dans cette optique que plusieurs théoriciens ont décliné la théorie du care afin de lui donner une dimension plus concrète. D'abord, malgré notre modèle de société fondé sur le principe d'État providence, il persiste des inégalités acculant les individus les plus vulnérables vers une misère sociale de plus en plus extrême. La crise économique avec l'élargissement de la fracture sociale incite certains politiques à repenser notre système social. Il s'agit de réfléchir à la nécessité d'une réforme de l'État providence dans un souci d'obtenir une meilleure adéquation des services publics aux besoins des usagers. Le care reste relativement ignoré en France jusqu'au début des années deux mille avec seulement la publication de quelques articles universitaires. La traduction en français de l'ouvrage de Gilligan en 2008 donne le point de départ à une réflexion sur une société plus égalitaire basée sur le care. Il est question de garantir aux personnes les plus vulnérables la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels. M. Aubry tente d'ouvrir le débat public lors d'une interview donnée à Médiapart⁴¹. Elle y expose ses projets pour le Parti socialiste, elle dénonce « *le matérialisme et le tout-avoir* » et propose de réfléchir à « *une société du bien-être et du respect, qui prend soin de chacun et prépare l'avenir* ». La politisation du care se fait alors par le déplacement du terme du champ universitaire vers un champ politique. Pour cela, les dirigeants du parti font appel à Brugère⁴² afin d'intégrer le LIS⁴³ dans le but d'introduire le care dans la doctrine socialiste et dans les discours des cadres du parti. Ensuite, le care aurait tout intérêt à faire partie d'un processus d'apprentissage qui commencerait dès le plus jeune âge afin d'éduquer les futures générations et électeurs à une société de la sollicitude. Vermunt, docteur en science de l'éducation et Richardot, psychologue en psychologie sociale, amènent cet axe de réflexion dans le débat concernant les portées du care⁴⁴. Elles expliquent que cette notion pourrait intégrer le système de

⁴¹ *La gauche que veut Martine Aubry*, Médiapart, 2 avril 2010.

⁴² Fabienne Brugère, née en 1954, est une philosophe française. Elle est l'auteure de *L'éthique du care*, Que sais-je, janvier 2017.

⁴³ Le laboratoire des Idées Socialistes. Cette instance, créée au lendemain de la défaite du parti face à Nicolas Sarkozy, veut œuvrer au « réarmement idéologique » du PS.

⁴⁴ *L'éthique du care*, coordonnée par Vanessa Nurock, Presses Universitaires de France, 2010

l'Éducation Nationale, notamment au sein des cours d'éducation civique et de morale délivrés dès l'école primaire. De plus, face à un héritage éducationnel favorisant les concepts d'autonomie, de méritocratie et de performance, il est primordial d'introduire la notion de sollicitude. En ce sens, un bouleversement de la réglementation de l'Éducation Nationale orienté vers la théorie du care pourrait atténuer les inégalités au sein du système scolaire afin d'aboutir à une justice sociale. Certains pays comme la France ont adopté de telles réformes. La disparition de la carte scolaire vise à effacer la performance d'un établissement en fonction du niveau social de la population environnante. De plus, la mise en place d'un socle commun de compétences, que tous les élèves doivent maîtriser à l'issue de la scolarité obligatoire, permettrait de diminuer la pression et la compétition des élèves afin d'instaurer un climat propice aux études. Cela implique bien sûr la disparition des notes chiffrées et des classements. De plus, la théorie de la sollicitude possède également une dimension écologique. Pour Larrère⁴⁵, la projection du care ne se cantonne pas à l'être humain mais au respect dans nos relations avec les objets, la nature, la terre, les animaux et l'environnement. Cette vision est révolutionnaire puisqu'elle qu'elle établit sur le même plan l'être humain avec toute sa vulnérabilité, sa détresse, son besoin d'attention, son besoin de reconnaissance... et la nature. Cette thèse favorise l'identification de l'Homme au sort réservé au monde du non-humain et permet la prise de conscience des exactions faites ayant une incidence grave sur l'environnement. Enfin, le XXe siècle a été le témoin de bons nombres de combats dans le but de donner un sens originel au premier article de la Déclaration des Droits de l'Homme et du citoyen français de 1789 : « *Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits* ». Bien que les mesures législatives corroborent de nos jours cette citation, il persiste une hiérarchisation morale héritée d'une société patriarcale présente depuis la nuit des temps.

Gilligan, dans ses différents travaux sur le care, fait entendre une nouvelle voix féministe. Elle réfute les théories psychologiques sur le développement moral en dénonçant des biais méthodologiques lors des différentes expériences, comme l'exclusion des femmes, l'absence des personnes de couleurs et la valorisation de l'autonomie et de la rationalité. En effet, elle explique que la dualité des genres et la hiérarchie patriarcale représentent les conséquences de ces méthodes. Elle espère changer ce paradigme. En effet, les femmes possèdent un savoir-faire, un savoir être

⁴⁵ Philosophe spécialisé dans l'éthique de l'environnement.

et une morale qui leur sont propres et qui demeurent tout aussi importants que ceux des hommes. Cette pensée fut critiquée par différents mouvements féministes de l'époque. Ceux-ci déploraient l'aspect genré de l'argumentation, qui propose des éléments en faveur d'une hiérarchisation entre les hommes et les femmes. Tronto nuance les propos de l'auteure d'*une voix différente* en gommant l'aspect genré de la théorie de la sollicitude et attribue cette faculté à tous les êtres humains. L'éthique du care devient alors universelle. Cette portée féministe et politique possède les germes d'un important changement dans la reconnaissance institutionnelle de ce concept et dès lors dans les conditions de travail des personnes occupant des professions liées aux services et aux soins.

3-2- L'encadrement par le care.

La profession de soignant se trouve quotidiennement malmenée au travers des différentes tâches, des implications morales qu'elle exige et de la difficulté des conditions de travail qui l'entoure. Le soignant, par son engagement et sa vocation, tend à accepter ces difficultés comme faisant parties de son sacerdoce. Cet esprit moralement respectable risque chez certains de représenter une tâche incommensurable et de les pousser vers un découragement et une démobilitation professionnelle. Dans ce contexte de crise psychosociale, qui gangrène nos institutions de santé, le changement de paradigme dans la gestion du personnel soignant avec la mise en valeur de la personne semble faire entrevoir un espoir. La bienveillance, la sollicitude et la prise en compte de la vulnérabilité dans l'encadrement par le cadre de proximité pourraient freiner la détérioration des conditions de travail et ainsi redonner le désir de s'investir sur le plan professionnel.

3-2-1- Le cadre de santé.

Le cadre de santé possède un rôle central au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Nous pouvons définir le terme de cadre par un « *salarié ayant acquis une formation supérieure et qui exerce en principe une fonction de commandement, de contrôle ou de direction dans une entreprise ou une administration, en assumant des responsabilités, et qui bénéficie d'un statut particulier par rapport aux employés et*

ouvriers, dans de nombreuses conventions collectives »⁴⁶. Sur le plan légal, il relève de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 en Belgique⁴⁷. Il est le garant de l'organisation des activités de soins, de l'encadrement des ressources humaines et de la gestion économique de son service. Il a également la responsabilité des projets de formation et de recherche. Il est essentiel de rappeler que le cadre de santé possède une formation initiale de soignant, qui lui procure une identité professionnelle et une expérience du terrain. Cette formation lui permet, in fine, de placer la prise en charge du patient au cœur de ses préoccupations. Bien évidemment, il ne prend pas en charge directement le patient mais il coordonne et encadre toutes les activités des différents intervenants permettant une prise en charge optimale de la personne soignée. Le cadre de santé doit dans l'idéal adopter une posture de manager.

3-2-1-1- Les rôles du cadre de santé.

Les premières théories de management prennent naissance en même temps que la révolution industrielle. De nombreux théoriciens vont développer des idéal-types des chefs d'entreprise. En premier lieu, il serait intéressant d'étudier les débuts du concept du management. L'ingénieur français Fayol⁴⁸ est considéré comme le précurseur du management, qu'il appelait « *administration* », et de la gestion d'entreprise. Il développe dans son ouvrage⁴⁹ publié en 1916, le Fayolisme. Il se concentre sur la haute direction de l'entreprise, à qui il attribue une fonction transversale du management, la fonction administrative. Celle-ci est composée de cinq items. D'abord, la fonction de planification se traduit par la fixation d'objectifs et des actions permettant de les concrétiser. Ensuite, la fonction d'organisation met en place l'ensemble des moyens et des ressources humaines, matérielles et financières afin d'atteindre les objectifs fixés. Puis, la fonction de commande implique la responsabilité vis-à-vis des subordonnés. Il est indispensable d'obtenir une légitimité de son autorité afin de faire accepter son pouvoir et de motiver les travailleurs. Ensuite, la coordination permet d'harmoniser toutes les fonctions et les actions dans le but de garantir le bon

⁴⁶ Définition du dictionnaire Larousse, édition Larousse, 2015.

⁴⁷ Arrêté Royal du 13 juillet 2006 relatif à l'exercice de l'infirmier en chef, <https://wallex.wallonie.be/eli/arrete/2006/07/13/2006022730/2006/09/07?doc=8632&rev=7768-3831> (consulté en 12/2023)

⁴⁸ Henri Fayol (1841-1925) est un ingénieur des mines français. Dans ses travaux il développe la théorie du Fayolisme.

⁴⁹ Henri Fayol, L'administration industrielle et générale, Dunod, 2eme édition mai 1999.

fonctionnement de l'entreprise. Enfin, le contrôle assure que les résultats sont bien conformes aux objectifs. Bien que cette théorie fût développée au début du siècle dernier, il est important de noter l'esprit visionnaire de Fayol, puisqu'il est à la base de toutes les théories modernes du management. Cependant, Mintzberg, universitaire canadien contemporain en sciences de gestion, va remettre en cause cette théorie précisant qu'elle ne correspondait plus à la réalité désormais plus complexe du quotidien des dirigeants.

En second lieu, intéressons-nous au concept de management développé par Mintzberg dans son ouvrage *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre* afin de déterminer les rôles du cadre de santé. Il détermine dix rôles dans l'activité du cadre, qu'il classe en trois groupes. D'abord, le dirigeant occupe le rôle interpersonnel. En ce sens, il agit comme une figure emblématique, un leader responsable des performances de son équipe et un agent de liaison, qui assure la connexion entre les membres de son organisation. Ensuite, il possède un rôle informationnel, où il agit comme un observateur actif de son environnement afin de collecter des informations. Il analyse ce recueil de données et les transmet aux collaborateurs. Il joue également le rôle de porte-parole auprès des personnes extérieures à son organisation. De plus, il endosse le rôle crucial décisionnel en utilisant l'information en vue d'améliorer les performances de son organisation. Dans ce domaine, il est important de ne pas oublier ses talents de régulateurs. Ceux-ci lui permettent de répondre à des événements hors de contrôle, notamment lors de mouvements sociaux tels que les grèves du personnel. Bien que dans notre milieu professionnel le personnel se trouve réquisitionné dans ces situations, il perdure une tension explosive qu'il est primordial de contenir. En outre, il est le garant de la bonne répartition des ressources financières, humaines et matérielles au sein de son organisation. Enfin, il négocie au nom de son organisation les contrats de travail et ceux des fournisseurs. Mintzberg et ses prédécesseurs nous dressent le tableau de l'idéal-type du manager efficace et efficient. Cependant, comme le dit la célèbre citation « *l'habit ne fait pas le moine* ». En ce sens, il serait intéressant de se demander si la seule fonction de manager suffit à endosser avec succès les différents rôles d'encadrement ? Existe-t-il des contingences permettant de relever le défi ô combien difficile de fédérer une équipe afin de l'amener à la concrétisation des objectifs de son organisation ?

3-2-1-2- Du cadre de santé au leader.

Le cadre de santé possède une autorité qui lui est conférée par sa fonction. Cependant, parfois cela ne suffit pas à asseoir son pouvoir. Il existe des compétences humaines permettant de modifier un environnement ou un événement défavorable dans le but d'exercer au mieux son autorité. Nous avons pu observer précédemment que les qualités de gestion, de négociation et de communication sont des éléments primordiaux à la réussite d'un encadrement d'une équipe. Ce qui nous amène à nous demander si l'autorité implique le pouvoir et si ces qualités sont induites par des traits de personnalités particuliers ?

Il serait intéressant d'étudier, dans un premier temps, les différences entre le pouvoir et l'autorité. Weber⁵⁰ différencie dans son ouvrage *Économie et société* les différentes formes de pouvoir. Il définit cette notion par « *la capacité d'imposer sa volonté dans le cadre d'une relation sociale, malgré les résistances éventuelles* ». Cela implique une prédisposition à l'obéissance de la personne à laquelle nous nous adressons. Il explique qu'il existe trois pouvoirs légitimes. Premièrement, nous avons le pouvoir traditionnel qui découle de la tradition, de la culture et des coutumes. Deuxièmement, le pouvoir légal rationnel est induit par une loi, un règlement ou une convention. Celui-ci concerne l'autorité conférée au cadre de santé par la hiérarchie. Troisièmement, nous distinguons le pouvoir charismatique, qui induit une domination naturelle. Celle-ci caractérise le leadership. Cette classification induit le fait que l'autorité acquise par sa fonction n'implique pas forcément un pouvoir naturel sur ses subordonnées. Le pouvoir se conjugue avec une capacité à incarner le leadership. Dans un deuxième temps, nous allons nous intéresser au leadership. Il est pressenti pour représenter le type de management le plus pérenne. En effet, le pouvoir contractuel ou traditionnel ne marche que tant que la peur de perdre son poste ou sa sécurité et la peur de dire « non » règnent. Le leadership est l'ensemble des comportements, notamment les moyens de communication, permettant à un individu d'exercer son pouvoir sur un groupe de personnes dans le but de réaliser un objectif commun. À la différence des deux premiers pouvoirs, les personnes suivent les idées et les actions du leader par une adhésion volontaire. Le cadre de santé n'a pas la nécessité de mettre en avant son autorité garantie par sa fonction. Dans ce cas, l'obéissance laisse la place au

⁵⁰ Max Weber est un économiste et sociologue allemand (1864-1920). Il est considéré comme l'un des fondateurs de la sociologie.

volontariat. Cette dynamique semble beaucoup plus productive puisque qu'elle est fédératrice et source de motivations.

Le cadre de santé représente sur le plan légal la référence hiérarchique de l'équipe soignante dont il a la charge. Il possède alors une autorité lui permettant de mener à bien ses différentes missions d'encadrement dans le but de maintenir une qualité des soins efficiente. Néanmoins, ces considérations officielles ne garantissent pas l'atteinte de ses objectifs, ni la possession du pouvoir. Ce dernier est détenu par le leader du groupe doté d'un charisme permettant d'amener les collaborateurs à l'adhésion volontaire à ses idées. Le leader, incarné par le cadre de proximité ou par un subordonné, possède la capacité de fédérer le groupe derrière ses idées et ses actions. Dans le contexte de désengagement dans lequel se trouve les soignantes, il est primordial pour l'infirmier en chef de représenter le leadership afin d'assurer les changements qui s'imposeraient, de gérer les situations de crise, d'insuffler de la motivation et de l'engagement chez ses collaborateurs et d'assurer la pérennité et la qualité du service de soins.

3-2-2- La philosophie de l'encadrement par le care.

L'introduction de la notion du care dans le domaine de l'encadrement des ressources humaines, permet au cadre de santé d'ouvrir de nouvelles perspectives dans les relations professionnelles avec les collaborateurs. Il s'agit d'intégrer un nouveau concept plus soucieux de soi et de sa relation avec les autres dans le but de créer des liens de confiance et de sollicitude favorisant ainsi le bien-être au travail, la motivation et l'implication. Nous pouvons décrire le care comme une philosophie qui demande un engagement et une conviction profonde de la part de l'infirmier en chef. Il ne s'agit pas simplement d'un outil de management mais d'un état d'esprit replaçant l'être humain au centre des débats afin de lui permettre de s'épanouir dans ses missions professionnelles. Selon Meyronin⁵¹, dans le domaine du management, l'éthique du care reposerait sur la reconnaissance et l'attention particulière de plusieurs besoins spécifiques d'une personne permettant ainsi son épanouissement. Nous nous trouvons ainsi face à une formidable opportunité d'encadrement pour le cadre de santé. Il serait intéressant d'étudier plus précisément ces besoins.

⁵¹ Benoît Meyronin est un docteur en sciences économiques et professeur de marketing à Grenoble École de Management contemporain. Il développe depuis plusieurs années une philosophie de management par le care, notamment dans son livre co-écrit, *Replacer vraiment l'humain au cœur de l'entreprise*.

En premier lieu, le besoin d'être écouté fait partie des besoins fondamentaux de l'être humain. Lorsque celui-ci semble être ignoré, un sentiment d'incompréhension voire de colère pourrait s'installer. Effectivement, un soignant en situation de vulnérabilité et de détresse espèrera une écoute, un intérêt ou une manifestation bienveillante de la part de sa hiérarchie, en particulier du cadre de proximité. L'indifférence de celui-ci pourrait engendrer une déception ou une colère qui se manifesterait par des conflits, un désintéressement ou des attitudes d'évitement sur le plan professionnel. L'application de l'écoute active de la part du cadre de santé semble être un outil indispensable. Cette méthode d'écoute active a été développée à partir des travaux du psychologue américain Rogers⁵² sur la relation d'aide. Elle correspond à une technique de communication en quatre phases, qui permet de s'assurer que l'on ait bien compris le message de son interlocuteur et de le lui faire savoir. Nous avons en premier, le temps d'écoute positive en acquiesçant face au discours, en second, le temps de clarification en demandant de préciser certains points obscurs, en troisième, le temps d'investigation en formulant des questions ouvertes et en quatrième, le temps de reformulation, qui témoigne de la preuve de l'écoute et de la compréhension. Cette méthode possède des répercussions positives sur l'interlocuteur. D'abord, elle lui permet d'identifier clairement et de prendre conscience de ses fragilités et de ses vulnérabilités afin de pouvoir les dépasser. Ensuite, le concept d'écoute active n'a pas vocation à trouver des solutions à son interlocuteur mais à l'accompagner à trouver lui-même ses propres réponses et à s'écouter. Enfin, l'interlocuteur pourrait également prendre conscience de la réciprocité de cette méthode. En ce sens, il pourrait comprendre que le cadre de santé ait également un besoin d'écoute et des attentes professionnelles.

En second lieu, le besoin de confiance paraît indispensable dans une relation interdépendante. Elle se définit par la « *croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* »⁵³. Ce don moral implique une vulnérabilité et une dépendance puisqu'il s'agit de remettre quelque chose de précieux à l'autre, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. Bien que dangereuse puisqu'elle engendre une fragilité

⁵² Carl Rogers (1902-1987) est un psychologue humaniste américain. Il a principalement œuvré dans les champs de la psychologie clinique, de la psychothérapie, de la relation d'aide, de la médiation et de l'éducation.

⁵³ Définition du CNRTL, <https://www.cnrtl.fr/definition/confiance> (consulté en mars 2023).

chez la personne qui l'accorde, la confiance se trouve à la base des relations humaines et permet d'envisager l'avenir et de chercher à bâtir un projet qui se développe dans le temps. La confiance se traduit en quelque sorte par un contrat moral mutuel qui demande du temps, de l'attention et des preuves. Il est important d'ajouter le fait que cette mise en vulnérabilité délibérée favorise chez l'autre une augmentation de l'estime de soi et d'une confiance en soi. D'après le psychologue Duluc⁵⁴, il existe trois niveaux de levier permettant au cadre de santé **de démonter sa confiance** envers un collaborateur. D'abord, les leviers organisationnels qui favorisent la participation aux projets et aux décisions à travers la responsabilisation par la délégation de missions, la transparence, la reconnaissance par le biais de feedbacks, la récompense et l'humanisme en plaçant l'homme au centre des attentions. Ensuite, les leviers relationnels à travers le dynamisme de l'investissement dans la relation, l'honnêteté, la valorisation des qualités de la personne, la coopération et l'amabilité. Enfin, les leviers personnels qui sont conditionnés par l'ensemble des actions mises en place par l'infirmier en chef et qui permettent au collaborateur de se sentir impliqué, déterminé, apprécié, important, compétent et conscient de ses **qualités**.

En troisième lieu, comme nous avons pu l'étudier, le besoin de reconnaissance représente un levier fondamental des motivations d'une personne. Néanmoins, dans la philosophie de l'encadrement par le care, au-delà des considérations relationnelles, salariales ou statutaires, ce besoin s'élargit vers des notions portant sur la personne elle-même développant ainsi le sentiment d'estime de soi. Il serait intéressant d'étudier la notion de désir de reconnaissances à travers le système de pensée de Hegel⁵⁵. Pour en comprendre le mécanisme, il est important de préciser sa conception de la conscience. Il explique dans *L'esthétique*⁵⁶ que « *l'homme est un être doué de conscience et qui pense, c'est-à-dire que, de ce qu'il est, quelle que soit sa façon d'être, il fait un être pour soi* ». Il définit alors la spécificité de l'homme qui est la conscience de soi, ce qui constitue la pensée. Il ajoute que « *l'homme se constitue pour soi par son activité pratique, parce qu'il est poussé à se trouver lui-même, à se reconnaître lui-même dans ce qui lui est donné immédiatement, dans ce qui s'offre à lui extérieurement* ». En ce sens, il explique que cette conscience entreprend un

⁵⁴ Alain Duluc est un psychologue contemporain. Il exerce en tant que consultant, coach et manager auprès de dirigeants et de cadres d'entreprises dans les domaines du leadership et de la constitution d'équipes.

⁵⁵ Hegel est un éminent philosophe allemand du 19^{ème} siècle (1770-1831). Son œuvre a exercé une influence décisive sur l'ensemble de la philosophie contemporaine.

⁵⁶ *Esthétique (tome I)*, Hegel, Collection les classiques de la philosophie, Livre de poche, 1997.

parcours durant son existence à travers plusieurs étapes et expériences afin de comprendre son rapport au monde. Dans ce processus, le désir de reconnaissance représente une étape primordiale. Il se traduit par un mécanisme d'interactions entre les différentes consciences afin d'exister aux yeux d'autrui par un prolongement de soi, notamment par la capacité d'autodétermination. Celle-ci représente le propre de l'homme, la liberté de son esprit. Dans le contexte de subordination, il serait légitime pour le supérieur d'imposer ses propres choix et décisions à son subordonné or nous avons pu constater que la négation de la conscience de l'autre reviendrait à le priver de ses libertés fondamentales et donc de le considérer comme un objet voire une propriété. Cette relation aboutit à une perte de la dignité chez la personne, ce qui peut représenter un facteur favorisant le désengagement. Dans le domaine de l'encadrement, ce lien de subordination existe et il n'est pas question ici de le remettre en cause. Néanmoins, la qualité de la relation entre le cadre de santé et les collaborateurs, empreinte de confiance, d'honnêteté et de sollicitude, permet de changer ce paradigme et de transformer ces injonctions en conseils utiles et bénéfiques. Dès lors qu'une la personne a la possibilité de faire des choix et de faire part de ses volontés, il existe une liberté de conscience et cela permet de combler un désir légitime de reconnaissance.

En quatrième lieu, il est difficile de parler d'épanouissement professionnel chez une personne lorsque ses actions lui sont totalement imposées. Nous arrivons donc au besoin d'empowerment. Ce terme anglosaxon fait référence à un pouvoir d'agir. Il est apparu aux Etats-Unis dès les années 1970 lors de luttes féministes et a été repris dans l'éthique du care quelques années plus-tard. Il s'agit à l'origine d'un processus égalitaire et participatif, où des personnes issues de minorités ethniques, notamment les femmes, développent une conscience sociale anti-paternaliste et anti-assistanat. En d'autres termes, elles revendiquent un pouvoir d'agir personnel ou collectif afin de faire entendre leur voix. Cette notion a très largement été diffusée dans les institutions internationales telles que par exemple les Nations Unies avec l'UN-SWAP⁵⁷ adoptée en 2012 correspondant à un plan d'action pour l'égalité des sexes et l'avancement des femmes. Nous retrouvons cet esprit dans la philosophie de l'encadrement par le care. Comme nous avons pu l'étudier, le pouvoir le plus pérenne semble être celui du leader charismatique, qui laisse une place aux collaborateurs par le biais du volontariat et de

⁵⁷ UN-SWAP (United Nations System-wide Action Plan on Gender Equality and the Empowerment of Women)

la délégation de pouvoir. Il fait glisser le pouvoir « du » cadre de santé vers le pouvoir « avec » le cadre de santé. De ce fait, il permet d'estomper le lien de subordination et de laisser une place au choix et à l'autodétermination. Il favorise la relation de confiance, la reconnaissance des compétences et des qualités des personnes ainsi que l'atténuation de la charge mentale de l'infirmier en chef.

3-3- La place du care dans la motivation à la démarche qualité.

Notre système de santé a fortement été ébranlé ces dernières années, notamment par la crise sanitaire, qui a révélée au grand jour les défaillances de nos établissements de soins. L'état de santé de nos ressources humaines n'est pas épargné. En ce sens, nous pouvons constater un véritable désengagement de la part du personnel soignant. Dans ce contexte, le cadre de proximité joue un rôle déterminant dans les motivations et les implications des soignants dans les diverses missions professionnelles et en particulier dans les processus de la démarche qualité. L'émergence de l'éthique du care dans l'encadrement semble présenter des caractéristiques favorables à ce défi. Serait-il possible de penser que des collaborateurs heureux engendrent des patients satisfaits ? La rencontre du leader et de la philosophie du care permettrait-elle d'impulser des motivations et un engagement ? Il serait pertinent dans un premier temps d'analyser l'influence du care sur les motivations des collaborateurs par rapport à leurs implications dans le processus de l'amélioration continue de la qualité. Dans un second temps, nous pourrions étudier un des outils faisant appel à cet esprit du care. Dans un troisième temps, nous pourrions cibler les limites du care dans le domaine de l'encadrement.

3-3-1- L'influence du care sur la démarche qualité.

L'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques nécessitent de la motivation et de l'implication de la part de tous les collaborateurs. Cependant, l'évolution de notre société introduit dans nos établissements de santé de la vulnérabilité et de la fragilité chez le personnel soignant. En effet, les fragilités socio-économiques, les risques psycho-sociaux liés aux conditions de travail dégradées, les difficultés des familles monoparentales, les situations de plus en plus fréquentes de soutien à un parent sénior, ... impactent l'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle favorisant ainsi le désengagement. Dans la pratique de l'encadrement

par le care, il est question de replacer l'être humain au centre de l'organisation et de favoriser son bien-être dans le but de renforcer son implication professionnelle et d'augmenter la qualité de service. Ainsi, nous pouvons dresser un parallèle avec le concept de symétrie des attentions. Ce terme est issu d'une idée managériale, devenue le label « *équipes heureuses, clients heureux* » de l'Académie du service⁵⁸. Il s'agit de mettre en avant le fait que la qualité de la relation entre les salariés et leur employeur impacte fortement la relation avec le client et sa satisfaction par rapport aux services proposés. De la même manière, l'utilisation du care dans l'encadrement permet de former un cercle vertueux. Il est vrai que la satisfaction des usagers est directement liée à la façon dont les collaborateurs vont réaliser leurs missions. Le fait de prendre soin des collaborateurs favorisera leurs implications dans la démarche de qualité, ce qui augmentera la satisfaction des usagers. Ce constat récompense également le cadre de santé et l'incite à accentuer la sollicitude au profit du bien-être des collaborateurs. Selon une étude⁵⁹ de Harvard et du MIT⁶⁰, un salarié heureux est 55% plus créatif, six fois moins absent, 31% plus productif, neuf fois plus loyal et deux fois moins malade. Ces chiffres démontrent un lien étroit entre la qualité de vie au travail et l'implication des salariés. L'introduction de la philosophie du care dans l'encadrement permettrait de favoriser ce bien-être au travail.

3-3-2- Le cercle d'influence, un outil de motivation empreint de care ?

Le concept du care n'est pas une injonction, mais un complément indispensable pour une meilleure compréhension des comportements humains et des relations dans l'environnement professionnel. À ce stade de notre réflexion, il serait pertinent de s'interroger sur l'une des manières de concrétiser la philosophie du « *prendre soin* » dans l'accompagnement des motivations chez les collaborateurs. Au cours de l'analyse de la problématique, nous avons pu cibler plusieurs facteurs limitant les motivations et l'implication des soignants dans la démarche qualité. L'utilisation de la méthode du cercle d'influence par l'infirmier en chef, lors d'entretiens empreints de sollicitude et de bienveillance, lui offrirait la possibilité d'impulser la motivation chez le

⁵⁸ L'Académie du Service est un cabinet de conseil et de formation en culture client, relation client et expérience client. Créée en 2004 par Jean Gressier, dirigeant du groupe Accor, elle devient indépendante en 2011.

⁵⁹ *Le bien-être au travail pour les nuls*, Gaël Chatelain Berry, Edition First, 2020.

⁶⁰ MIT est le Massachusetts Institute of Technology. C'est un institut de recherches américain et une université, spécialisée dans les domaines de la science et de la technologie.

collaborateur en faveur de missions concrètes d'amélioration continue de la qualité. Nous étudierons dans un premier temps le concept de cercle d'influence. Dans un deuxième temps, nous nous pencherons sur le rôle du cadre de santé lors de cette démarche.

Premièrement, introduite dans les années quatre-vingt par Covey⁶¹, la théorie du **cercle d'influence**⁶² constitue une véritable référence en matière de développement **personnel**. Cette méthode invite la personne à concentrer son temps et son énergie uniquement sur ce qu'elle peut changer, lui permettant ainsi de prendre du recul et de gagner en efficacité. Ce concept s'adapte parfaitement à notre problématique, puisqu'il contribue à la diminution de la charge mentale du collaborateur lui permettant de laisser de la place à de nouveaux projets. Effectivement, Covey explique que l'être humain se trouve sous l'emprise d'un ensemble de préoccupations, qui utilise la totalité de notre énergie. Il préconise alors de les cibler et de les classer en trois catégories afin de passer d'une posture réactive, où nous subissons la situation, à une posture proactive, où nous décidons de maîtriser ces pensées et de passer à l'action. La première correspond au cercle de préoccupation. Il est question de l'ensemble des inquiétudes qui se trouvent hors de notre influence et de notre contrôle. Ces pensées négatives résultent de plaintes, de critiques, de compétitions et de comparaisons comme la météorologie, le meilleur salaire de sa voisine, les décisions de la direction, de nouvelles lois, l'avancement professionnel du collègue... Elles polluent l'esprit et contribuent à une perte de confiance en soi. De ce fait, il est primordial d'entreprendre un travail de deuil en les identifiant et en les acceptant. La deuxième catégorie traite du cercle d'influence qui englobe les situations sur lesquelles nous n'avons aucun contrôle, mais que nous pouvons positivement influencer par nos actions, nos comportements, nos décisions, nos pensées et notre état d'esprit. La troisième catégorie réunit toutes les situations qui accordent la possibilité d'un contrôle total et d'un pouvoir décisionnel permettant de modifier le cours des choses. Dans cette catégorie, les excuses sont vaines. Le fait de vouloir se sentir mieux au quotidien, d'éprouver un état interne plus serein, de redéfinir sa condition et de s'impliquer professionnellement demande une proactivité. L'intérêt de cette catégorie se trouve dans la compréhension des situations, qui vont réellement nous permettre d'assainir

⁶¹ Stephen Covey (1932-2012) est un auteur, homme d'affaires et conférencier américain. Il est une référence en matière de développement personnel.

⁶² Annexe 7, Le cercle d'influence.

notre charge mentale et de nous focaliser sur des objectifs ouvrant de nouvelles perspectives.

Deuxièmement, la décision de modifier nos habitudes, de faire évoluer notre mindset, de transformer notre façon de percevoir le monde et d'apprécier nos valeurs, nos forces, nos caractères et notre vision demandent énormément de courage et de recul sur soi. Dans cet esprit, Saint-François d'Assise⁶³ disait dans l'une de ses prières « *Que Dieu me donne d'accepter les choses, le courage de changer ce qui est en mon pouvoir, et la sagesse de savoir faire la différence* ». Cette citation explicite le fait qu'il est illusoire et délétère d'encombrer son esprit avec des inquiétudes sur lesquelles nous n'exerçons aucune influence. De plus, cette prière illustre la difficulté de cette tâche d'introspection. Dans notre situation, il n'est pas question de substituer le cadre de santé à Dieu, mais il est indéniable de penser que son accompagnement par le care dans cette évolution devient primordial. Il serait intéressant d'étudier concrètement ce processus. L'infirmier en chef évalue lors de discussions informelles les besoins du collaborateur et lui propose un entretien s'il le juge nécessaire. Il est important de préciser que cet exercice se base sur le volontariat puisqu'il implique une vulnérabilité et une fragilisation par le biais de confidences parfois intimes. Il est vrai qu'il semble irréalisable d'accompagner une personne qui ne se sent pas assez en confiance ou qui ne le souhaite pas. Lors de cette discussion, empreinte de bienveillance, de sollicitude et d'écoute active, l'infirmier en chef propose l'outil de cercle d'influence en expliquant les principes et les bienfaits. Lorsque le collaborateur réussit à identifier par lui-même les zones d'influence et de contrôles, il définit ses objectifs SMART⁶⁴. Par la suite, le cadre de santé suit l'évolution de ces objectifs au travers d'entretiens informels. Il évalue le bien-être de la personne et son cheminement vers une implication dans les différents projets concernant l'amélioration de la démarche qualité.

La qualité de vie et le bien-être au travail occupent une place de plus en plus importante dans l'esprit de la gestion des ressources humaines. Ce constat nous amène à nous interroger sur les raisons véritables de ce changement. Comme nous avons pu l'étudier, un collaborateur libéré de ses préoccupations et en phase avec son

⁶³ Saint François d'Assise (1181-1226) est un religieux italien considéré comme l'un des plus grands saints de l'histoire de l'Église catholique.

⁶⁴ Objectifs SMART correspondent à la fixation d'objectifs spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et avec une notion de temporalité.

environnement de travail deviendra plus productif et impliqué dans ses diverses missions. L'utilisation de l'esprit du care dans l'encadrement, notamment par le biais du comportement et d'outils favoriserait cette sérénité professionnelle et l'engagement vers une meilleure qualité de service.

3-3-3- Les limites du care dans l'encadrement.

L'introduction de l'esprit du care dans l'encadrement permet d'entrevoir un nouveau paradigme dans les relations entre le cadre de santé et les collaborateurs. En ce sens, le rapport de subordination, impliquant une barrière psychologique, se transformerait en relation interdépendante. Ce lien, empreint de sollicitude, permettrait de gommer l'aspect péjoratif des fragilités et des vulnérabilités que nous possédons en vue de les accepter, de les dépasser et d'en faire une véritable force, nécessaire aux motivations. Néanmoins, il existe plusieurs limites à cette application du care auprès des collaborateurs.

D'abord, bien que Gilligan insiste sur l'aspect non genré de la notion de l'éthique du care, il persiste une pensée commune, héritée de notre société paternaliste, l'attribuant aux femmes. Ce qui limite le champ d'application de cette philosophie chez les cadres de santé et les collaborateurs de sexe masculin. Ensuite, le fait d'effacer les barrières professionnelles dans les relations et d'entrer dans la sphère privée pourrait engendrer des malentendus chez les employés. **Par exemple, l'impression d'être manipulé serait totalement contreproductif puisque nous assisterions à une perte totale de la confiance.** Nous pourrions également assister à un risque d'oubli de l'objectif premier, c'est-à-dire la démarche qualité, en incitant les collaborateurs à se complaire dans leurs problèmes et trouver simplement une oreille attentive sans vouloir y remédier. De plus, l'encadrement par le care demande énormément d'investissement personnel de la part du cadre de santé et semble chronophage. En plus de toutes ses autres missions de manager, cela pourrait faire déborder sa charge mentale le poussant vers des risques psychosociaux tels que le burn-out ou la dépression nerveuse. Enfin, nous nous retrouverions face au risque d'une incompréhension de la part de la hiérarchie. En effet, focalisée sur un calendrier de missions immédiates et des résultats concrets, la direction pourrait-elle accepter l'investissement dans l'accompagnement d'un collaborateur par le care, qui demande du temps et un coût financier ? Il est vrai que

le bien-être professionnel engendre des dépenses. Nous pensons à la dotation des soignants, les besoins en formation, à l'adaptation de l'environnement de travail, etc. Malgré les diverses perspectives que l'esprit du care offre à l'encadrement, notamment celle des motivations des collaborateurs en faveur de l'amélioration continue de la qualité, nous retrouvons des facteurs limitant son influence.

Le care est une approche éthique, qui met l'accent sur les relations interpersonnelles et la prise en compte des besoins et des sentiments des autres. Appliqué dans le domaine de l'encadrement, cela peut favoriser une sérénité professionnelle et un engagement en faveur d'une meilleure qualité de service.

En premier lieu, en utilisant l'esprit du care, le cadre de santé peut adopter un comportement qui reflète ses préoccupations pour le bien-être de l'équipe. Cela peut inclure l'écoute active, la compassion et la prise en compte des besoins individuels des collaborateurs. L'établissement d'une relation de confiance encourage une communication ouverte et honnête, ce qui peut contribuer à réduire le stress et les tensions au sein de l'équipe. En second lieu, l'utilisation d'outils de soutien tels que le cercle d'influence, des programmes de développement personnel, des formations ou des séances de coaching individuel, peuvent aider les membres d'une équipe à diminuer leur charge mentale et à renforcer leur estime de soi ainsi que leur confiance en eux. Cela peut à son tour renforcer leur engagement envers leur travail et leur motivation à s'impliquer dans les différents projets du processus de la démarche qualité et de la réduction des risques. En troisième lieu, en adoptant une approche axée sur l'esprit du care dans l'encadrement, **l'infirmier de proximité** peut également contribuer à améliorer la qualité du service en encourageant un engagement plus fort de la part des collaborateurs. Les membres de l'équipe qui se sentent soutenus et valorisés sont plus susceptibles de faire preuve d'initiatives et d'innovations, ce qui peut contribuer à la responsabilisation face à la qualité du service fourni. En ce sens, comme l'effet d'un ricochet, un environnement de travail favorable où la relation d'interdépendance est valorisée permet aux soignants d'être ainsi encouragés à développer une pratique réflexive, à prendre en compte les valeurs et les besoins des patients dans leur prise de décision et à établir des relations de confiance avec eux. L'utilisation de l'esprit du care dans l'encadrement peut favoriser la sérénité professionnelle et l'engagement de l'équipe envers une meilleure qualité de service. En adoptant une approche de soutien et de prise en compte des besoins individuels

des membres de l'équipe, le cadre de santé peut aider à créer un environnement de travail plus positif et productif. Face à cette réflexion, il serait intéressant de faire du « *prendre soin* » un engagement dans l'encadrement au quotidien et de l'incarner personnellement dans l'objectif de porter la politique du care au plus haut niveau de la hiérarchie.

CONCLUSION

La démarche qualité et la gestion des risques représentent des concepts incontournables dans l'organisation d'une structure de soins. La satisfaction et la sécurité des patients se retrouvent au centre de toutes les décisions institutionnelles. Cette prise de conscience respecte une volonté politique venue des hautes instances de santé du pays. Il devient incontournable pour chaque établissement de se conformer à des normes de qualité émanant d'organisations internationales dans le but de satisfaire ses usagers de plus en plus exigeants et de se placer dans les meilleures dispositions au sein du paysage concurrentiel. Cependant, cette course à la performance, à la qualité et à l'efficience se déroule aux dépens du personnel de ces établissements dont les conditions de travail subissent des restrictions budgétaires drastiques. Les conséquences deviennent délétères pour l'organisation, qui se retrouve impactée par une démobilisation du personnel soignant qui se traduit par un taux élevé d'absentéisme, un turn-over important, une difficulté de recrutement et un manque d'implication professionnel du personnel. Ces constatations risquent de fragiliser la démarche qualité et les prestations proposées au public remettant ainsi en cause la réputation et la pérennité de l'établissement. Dans ce contexte, il devient pertinent de s'interroger sur notre conception du management des ressources humaines afin de replacer l'être humain au centre de l'organisation. L'introduction de l'éthique du care dans l'encadrement, soucieuse des fragilités et des vulnérabilités de toutes les parties, pourrait devenir une passerelle vers la compréhension entre les besoins des collaborateurs et les attentes mesurables de la hiérarchie. Il est question de réinsuffler, au travers d'outils et d'attentions à l'autre, une humanité et un bien-être dans les relations de travail au profit des motivations et de la qualité. En effet, Branson⁶⁵ disait : « *Si vous prenez soin de vos employés, ils prendront soin de votre entreprise* ». Il explique que la relation entre les salariés et leur employeur impacte fortement la qualité des services proposés au client et la satisfaction de celui-ci. La satisfaction des employés devient alors la première étape vers celle des usagers des établissements de soins. Notre réflexion n'amène pas à la remise en cause des différents styles d'encadrement existants mais à l'introduction au travers d'outils, tels

⁶⁵ Richard Branson (né en 1950) est un entrepreneur britannique. Il est le fondateur de l'entreprise Virgin et contrôle plus de quatre cents entreprises dans divers domaines.

que le cercle d'influence, et d'attentions d'une notion plus soucieuse du bien-être et des besoins des collaborateurs permettant une interdépendance et une réciprocité. Dans cette optique, l'évaluation de l'impact de l'encadrement par le care sur le personnel soignant et la démarche qualité par le biais d'une méthodologie de recherche scientifique s'avèrerait très intéressante. Cela permettrait de dissiper les incompréhensions entre la hiérarchie et les collaborateurs, d'améliorer la compétitivité des établissements de santé et de revaloriser notre profession de soignant.

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Bien que les termes de qualité et de prévention des risques représentent des concepts très anciens, leur prise en considération dans les structures de soins reste très récente. Il aura fallu attendre l'arrivée de l'accréditation et de toutes les conséquences sur les plans financiers et concurrentiels qu'elle implique afin d'obtenir une vraie politique d'application des normes qualité dans les établissements de soins. Néanmoins, l'intensification et la dégradation des conditions de travail du personnel soignant semblent représenter une entrave à son implication dans cette démarche qualité. Nous pensons de ce fait que le cadre de santé par le biais de son encadrement pourrait impulser le changement de ce paradigme. Dans cet esprit, il nous a semblé intéressant d'étudier la problématique suivante :

« Dans quelles mesures un encadrement par le care pourrait-il devenir un levier aux motivations des collaborateurs et ainsi contribuer à l'amélioration de la démarche qualité et de la gestion des risques ? »

Pour ma part, j'ai découvert le concept de l'éthique du care lors d'un exercice au cours de ma formation de cadre de santé. L'étude et l'analyse de cette notion ont très vite trouvé une résonance dans mon esprit. Le care correspondait parfaitement à la philosophie dans ma pratique professionnelle en tant que soignante. Très rapidement, la question de son éventuelle transposition dans de secteur de l'encadrement s'est imposée à mon esprit. En effet, le développement des différents concepts de la problématique me pousse à considérer l'éthique du care comme une clé permettant de réinsuffler de l'humanité dans les relations au travail et de favoriser un environnement professionnel propice à la motivation et à l'engagement au profit de la démarche qualité. Cependant, la conviction personnelle ne suffit absolument pas à faire évoluer les pratiques de management des ressources humaines. Il est impératif de donner une résonance plus scientifique à nos réflexions et de se baser sur des faits au travers de la méthodologie de recherche. Celle-ci se caractérise par une démarche scientifique, qui se compose de plusieurs étapes.

En premier lieu, les différentes réflexions émanant de l'analyse conceptuelle de la problématique, nous poussent à élaborer une hypothèse. En ce sens, nous avons pu étudier le fait que l'utilisation du care par le cadre de santé favorise un environnement

de travail où les employés se sentent valorisés et respectés, ce qui peut les motiver à travailler de manière plus assidue et à se sentir plus investis dans leur travail. De ce fait, l'utilisation du concept de care dans les outils de gestion et d'encadrement des employés, notamment celui du cercle d'influence, peut avoir un impact positif sur l'engagement des employés à améliorer la qualité des soins fournis. Cette réflexion nous amène à élaborer l'hypothèse que : « *L'utilisation de l'outil d'encadrement empreint de care, le cercle d'influence, par le cadre de santé auprès du personnel soignant représente un levier dans son implication dans les projets d'amélioration de la démarche qualité et de la gestion des risques* ». En second lieu, lorsque nous nous attardons sur les différentes variables énoncées dans notre hypothèse, nous pouvons aisément instaurer un lien de cause à effet et cibler la population concernée. Dans notre situation, l'utilisation de l'outil du cercle d'influence accompagnée de sollicitude auprès du personnel soignant, induirait l'implication de celui-ci dans les différents projets du processus de la démarche qualité. Ce qui nous amène vers l'utilisation d'une méthode de recherche expérimentale dans le but de tester la validité de notre hypothèse. En effet, cette méthodologie implique une expérience, qui permet de contrôler l'exactitude du raisonnement dans la recherche des causes et de la vérité. En troisième lieu, il est important de préciser les termes de l'expérimentation. Il s'agit de choisir une unité de soins et de négocier la mise en place de l'outil du cercle d'influence. Évidemment, il est primordial d'explicitier le principe de l'éthique du care qui entoure la mise en application de cet outil. En quatrième lieu, il convient de construire l'outil de recueil des données de l'expérimentation. Dans notre situation, nous nous dirigeons vers un outil quantitatif, le questionnaire. Il permet en effet de collecter des données sur les attitudes, les croyances, les comportements et les caractéristiques des participants. Celui-ci sera diffusé quelques mois après l'expérimentation. En cinquième lieu, la conception d'un questionnaire dans une méthodologie expérimentale demande l'énonciation de critères d'évaluation clairs et objectifs afin de mesurer l'efficacité de l'outil. Dans notre situation, l'objectif est d'étudier le lien de cause à effet entre les soignants, qui ont bénéficiés d'un accompagnement par le cadre de santé avec l'utilisation de l'outil de cercle d'influence, et sa participation à un projet en rapport avec le processus de la démarche qualité. De même, il serait intéressant d'étudier ce dernier indicateur chez une personne n'ayant pas bénéficié de l'outil. L'énoncé de cet objectif permet d'élaborer les différentes questions de l'outil d'évaluation. Des interrogations sur l'état d'esprit et les sentiments

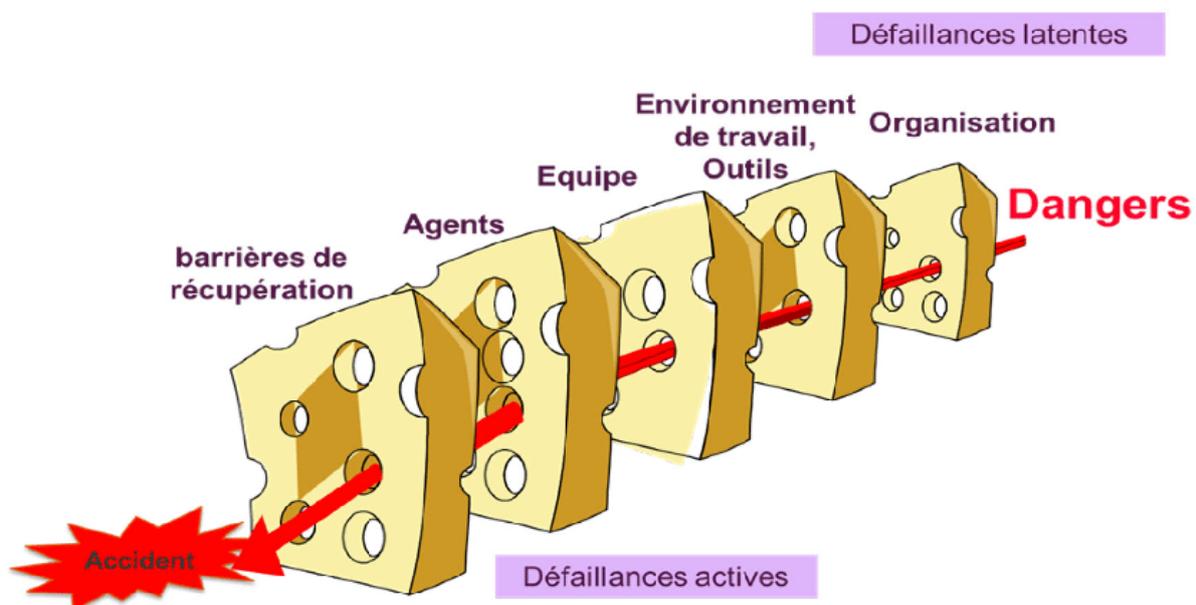
sur l'environnement de travail peuvent également être soulevées. Au retour des questionnaires, une phase d'analyse des données recueillies déterminera la confirmation ou l'infirmité de l'hypothèse. En sixième lieu, la prise de conscience des différentes limites dans une telle méthode est primordiale afin de ne pas considérer comme acquis les résultats obtenus. En ce sens, la méthode expérimentale est considérée comme le processus le plus rigoureux pour établir une relation de cause à effet entre différentes variables. Cependant, elle présente des limites, notamment au niveau des biais méthodologiques. D'abord, le temps dans notre situation joue contre nous. Dans notre domaine professionnel, il existe un phénomène de turn-over important chez le personnel soignant. Les personnes présentes lors de l'expérience, ne seront peut-être pas les mêmes qui seront interrogées. Ensuite, il peut être difficile de convaincre un cadre de santé d'incarner le care. Comme nous l'expliquons, l'éthique du care implique un engagement, des qualités relationnelles, voire une philosophie de vie, qu'il est indispensable de savoir incarner. Enfin, certaines questions évoquant les sentiments de bien-être, la vulnérabilité et l'intime pourraient mettre les participants dans une position inconfortable et biaiser leurs réponses.

L'affirmation de la question de notre problématique nous laisserait entrevoir de nouvelles perspectives dans le domaine de l'encadrement des ressources humaines. En ce sens, la dimension de l'éthique du care veillerait à ce que les actions du cadre de santé soient guidées par des valeurs de sollicitude, d'intégrité, de respect et de considération envers les différentes personnes de l'équipe. En effet, ce concept implique une approche plus humaine et empathique des relations avec les collaborateurs en prenant en compte leurs besoins, leurs émotions et leurs aspirations. Cette atmosphère amènerait à une revalorisation de l'environnement de travail, où le bien-être, la qualité de vie des employés, le développement personnel et professionnel, ainsi que la culture d'entreprise seraient au centre des préoccupations. Ainsi, les motivations et l'implication du personnel soignant dans les différents projets institutionnels, notamment la démarche qualité et la gestion des risques, seraient catalysées. Cependant, il est important de noter que l'utilisation du care ne doit pas être considérée comme une panacée pour tous les problèmes de gestion. Les cadres de santé doivent également être en mesure de fournir des directives claires et de donner un feedback constructif pour aider les employés à améliorer leurs performances. Le care peut donc être utilisé en complément des autres outils de

gestion pour aider à créer un environnement de travail positif et stimulant qui peut contribuer à améliorer la qualité des services. Face à cette ouverture d'esprit et cette possibilité de sollicitude dans le domaine du management, pourrions-nous espérer par la suite la démocratisation de la notion du care dans l'encadrement en l'introduisant dans les normes qualités des organisations internationales ?

ANNEXES

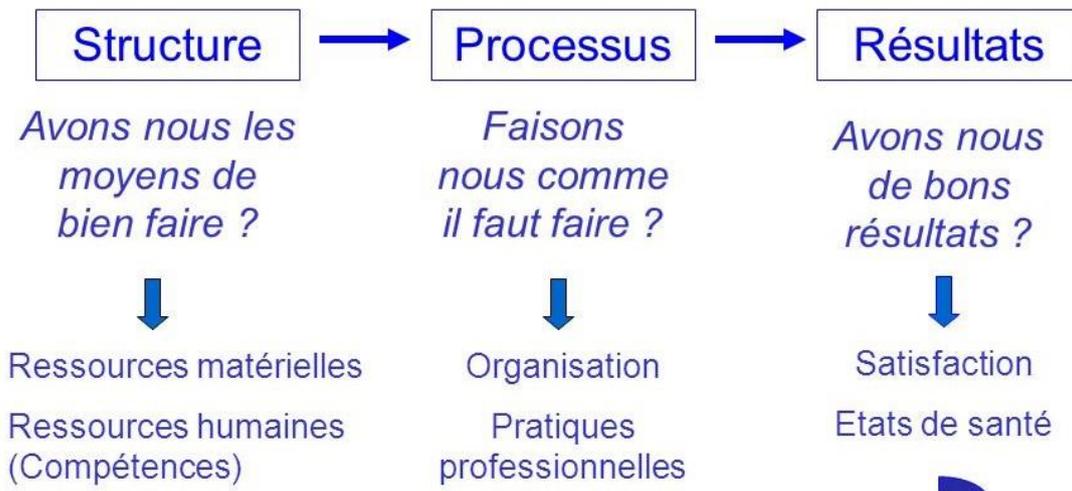
Annexe 1 : Le modèle de Reason ou Swiss-cheese



Source : Laurent Karsenty ©, 2018

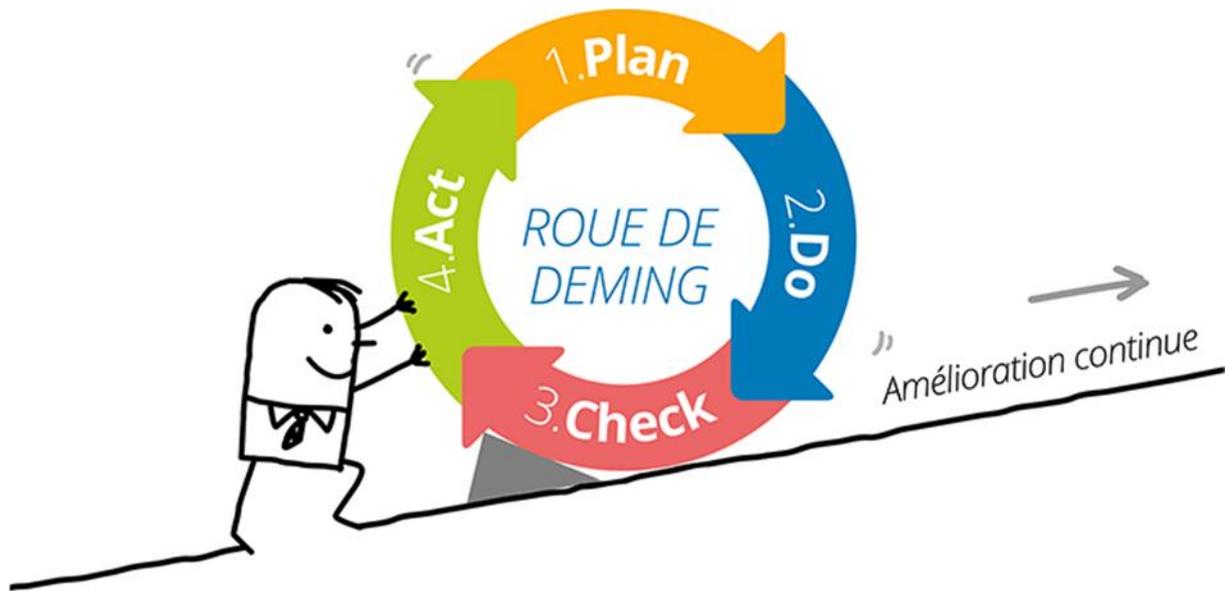
Annexe 2 : **Modèle Donabédian**

Le modèle théorique de l'évaluation (Donabedian 1988)



Copyright ©, EPP principes généraux et modalité, 2006.

Annexe 3 : La roue de Deming



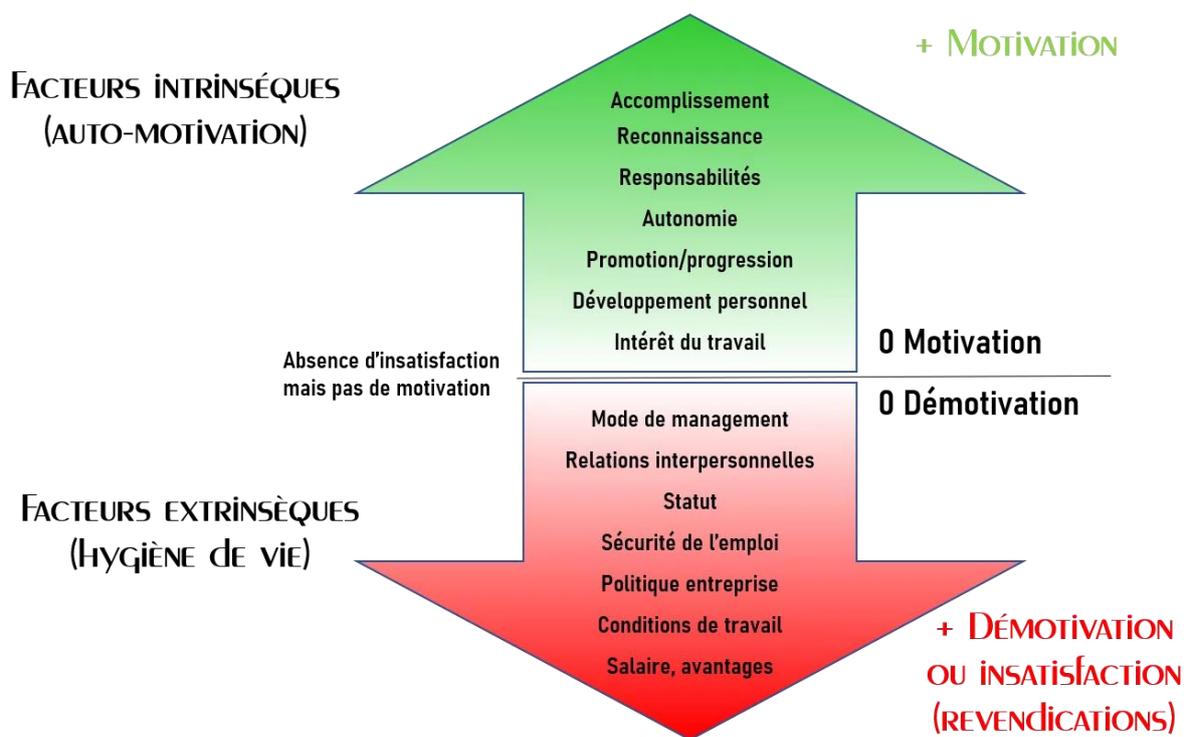
Copyright © Swiver, novembre 2021.

Annexe 4 : La pyramide de Maslow



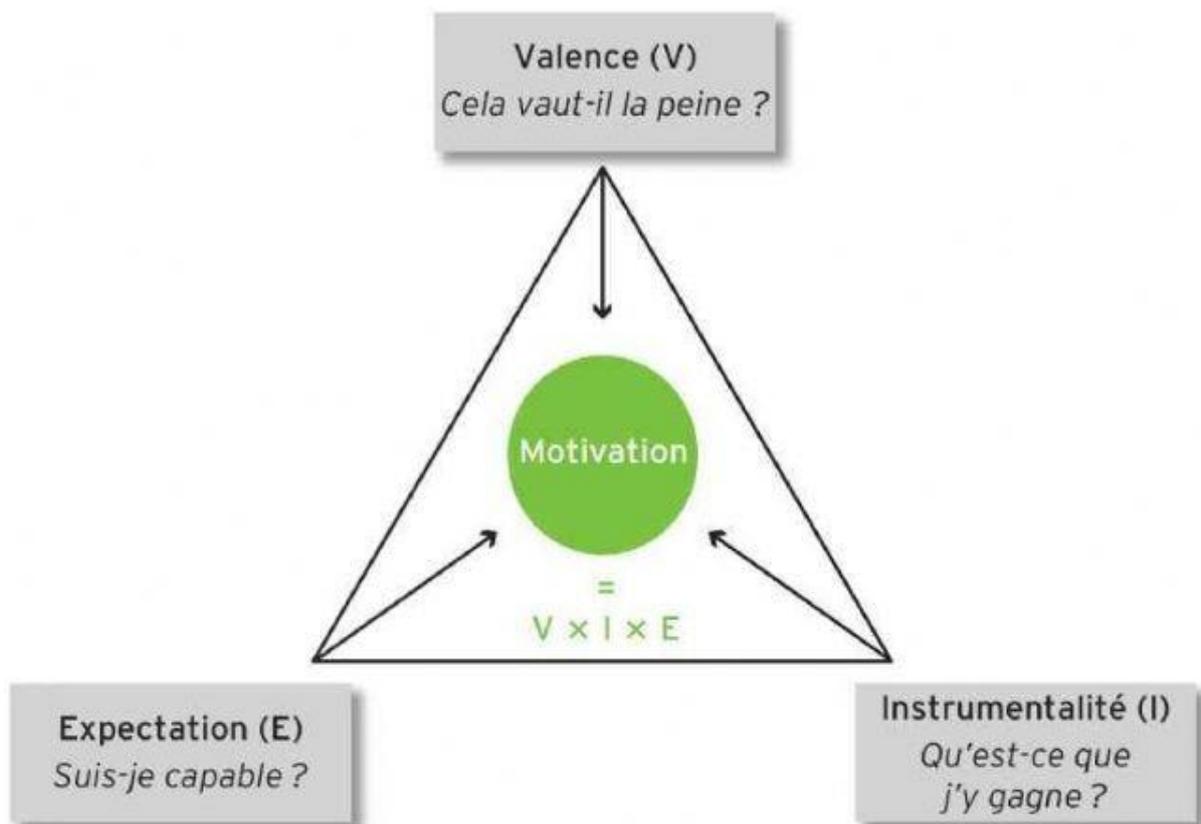
Source : Un autre regard sur la psychologie, <https://my-psychologie.com/2018/06/20/faut-il-oublier-la-pyramide-de-maslow/> (consulté en mars 2023)

Annexe 5 : La théorie des deux facteurs de Herzberg



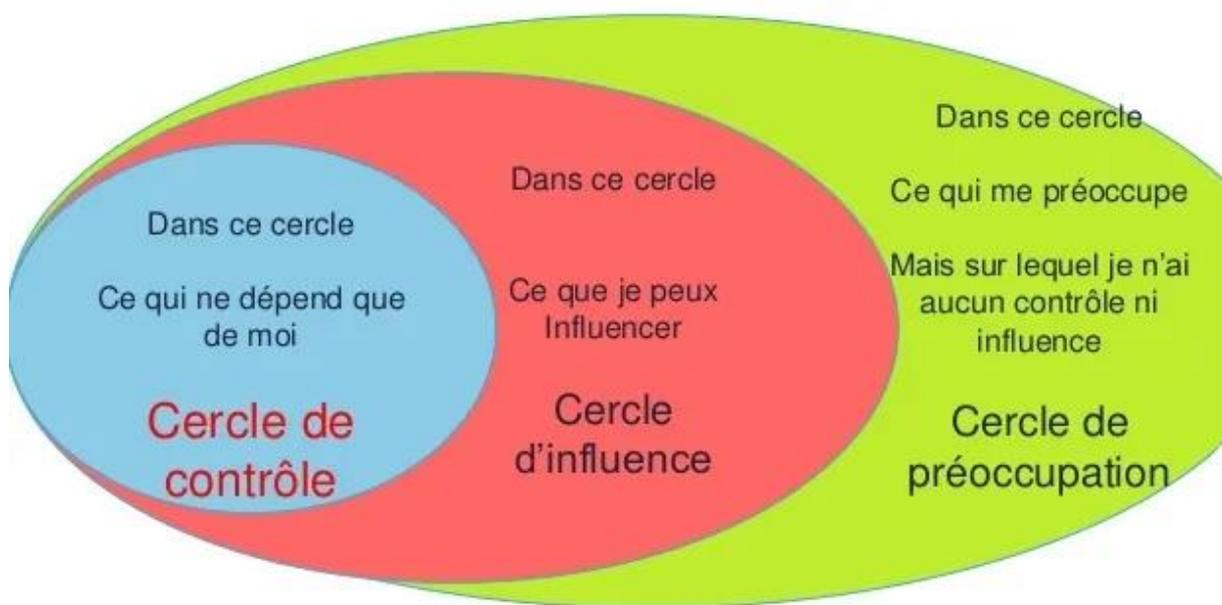
Source : Prométhéis, <https://www.prometheis.fr/2021/04/01/la-motivation-au-travail-que-nous-disent-maslow-et-herzberg-pyramide-qvt-motivation-conseil-management/> (consulté en avril 2023)

Annexe 6 : La théorie des attentes de Vroom



Source : E-marketing, <https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/La-motivation-selon-Vroom-325513.htm>
(consulté en avril 2023)

Annexe 7 : Le cercle d'influence



Copyright ©, Cap sur vous, 2023.

BIBLIOGRAPHIE

Sites internet :

- Dictionnaire Universalis, <https://www.universalis.fr/encyclopedie/motivation-psychologie/> (consulté 12/2022)
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, <https://www.cnrtl.fr/>
- Le magazine le Marketing : la théorie selon Vroom, Patrice Stern, Jean-Marc Schoettl, <https://www.e-marketing.fr/Thematique/academie-1078/fiche-outils-10154/La-motivation-selon-Vroom-325513.htm> (consulté 02/2023).
- L'accord du 19 juin 2013, *Accord national interprofessionnel QUALITÉ DE VIE AUTRAVAIL*,
https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/bocc?id=boc_20130041_0000_0011.pdf (consulté mars 2023).

Revues :

- Revue Sciences Humaines, *Dossier sur le behaviorisme*, n°42 septembre, octobre, novembre 2003.
- Quali Guide, *guide pratique du management de qualité*, 16^{ème} édition, Mouvement Wallon pour la qualité, 2016.
- ISO Qualité, *Les principes de management de la qualité*, Iso 2016.

Livres :

- *La pyramide des besoins*, Pierre Pichère, 50minutes, 2015.
- *Dictionnaire Larousse*, édition Larousse, 2015.
- *Les 100 schémas du management*, David Autissier, Laurent Giraud, Kevin J.Johnson, Eyrols, 2015.
- *Génération Z*, Elodie Gentina et Marie-Eve Delecluse, Dunod, 2018
- *La boîte à outil du leadership*, Jean-Pierre Testa, Jérôme Lafarge, Virginie Thillet Coartet, Dunod, 2021.
- *50 fiches de communication*, Jean-Paul Guedj, Bréal, 2014.
- *Le management pour les nuls*, Bob Nelson et Peter Economy, First Edition, 2007.
- *Réussissez vos premiers pas de manager*, Joëlle Imbert, édition prisma, 2016.

- *Que sais-je ? L'éthique du « care »*, Fabienne Brugère, PUF, 2011.
- *L'art d'écouter : l'approche centrée sur la personne*, Patrice Ras, Jouvence éditions, 2013.
- *Leadership et Confiance : Développer le capital humain pour des organisations performantes*, Alain Duluc, Dunod, 2008.
- *Replacer vraiment l'humain au coeur de l'entreprise*, Benoit Meyronin, Marc Grassin, Christophe Benavent, Vuibert, 2019.
- *Fichte et Hegel. La reconnaissance*, Franck Fishbach, PUF, 1999.
- *Le bien-être au travail pour les nuls*, Gaël Chatelain Berry, Edition First, 2020.
- *La boîte à outils de la gestion du stress*, Gaelle du Penhoat, Dunod, 2021.

Notes de Cours :

- UE 5.2, *Développement de la qualité des soins*, Monsieur Jacques Delaunoy.
- UE 2.1, *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, Monsieur Patrick Vantomme.
- UE 2.2, *Le Management*, Monsieur Didier Coemelck.
- UE 4.1, *Psychosociologie appliquée aux relations de travail*, Monsieur Patrick Vantomme.
- UE 7.1, *Méthodologie de la recherche appliquée aux soins de santé*, Monsieur Patrick Vantomme.

ABSTRACT

L'éthique du care est une notion récente qui provient des États-Unis. Elle trouve progressivement sa place dans plusieurs domaines de notre société tels que la politique, l'éducation et l'écologie. Dans la course à l'amélioration de la qualité et à l'accréditation, le concept de care pourrait devenir la carte joker de l'encadrement des motivations des collaborateurs par le cadre de santé.

Mots clés : care – motivations – qualité – cadre - outils