



Directeur des Soins

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

Le changement soutenable :
Un enjeu pour le Directeur des Soins

Jean-Pierre RONGICONI

Remerciements

A Catherine V. (†1990), pour le premier mémoire

« *Qui, si je criais, m'entendrait donc, parmi
les cohortes des anges ...* » RM Rilke

A Chantal, Éric, Patrick et Philippe mes amis.

Aux directeurs des soins qui m'ont montré la voie : Francis Latil, Mireille Coron,
Marie-Claude Moncet, Danielle Orsini (merci pour ton amical soutien)

A ceux qui m'ont accueilli en stage et m'ont tant appris.

A mon maître, Michel Vial

A toi qui veilles, tu te reconnaîtras.

*“Agis de telle sorte que les effets de ton action soient compatibles avec la permanence
d’une vie authentiquement humaine sur terre” (pp 30-31)*

*“jamais l’existence ou l’essence de l’homme dans son intégralité ne doivent être mis en
jeu dans les paris de l’agir” (p 62).*

*Hans Jonas. 1979 Le principe responsabilité,
une éthique pour la civilisation technologique*

« Chaque génération, sans doute, se croit vouée à refaire le monde.

La mienne sait pourtant qu’elle ne le refera pas.

Mais sa tâche est peut-être plus grande.

Elle consiste à empêcher que le monde se défasse. »

Albert Camus. 1957 Discours de Suède

Sommaire

Introduction	1
1 Du changement au management, un état des lieux de l'hôpital.....	5
1.1 L'Hôpital entre nécessaire mutation et douloureuse adaptation.....	5
1.2 La Dimension clinique de la fonction de DS.....	8
1.3 Du management au management soutenable.....	11
Conclusion : Changement soutenable, travail soutenable et management soutenable.	16
2 Les leçons du terrain.....	17
2.1 Les terrains de stage.....	17
2.2 Les entretiens.....	22
2.3 L'analyse du matériel de terrain.....	27
3 Les préconisations pour un changement soutenable.....	33
3.1 Reconnaître les acteurs directs de la production des soins	33
3.2 Organiser l'encadrement de proximité	38
3.3 Devenir un hôpital attractif.....	43
Conclusion : Responsabilité Sociale des entreprises et Qualité de Vie au Travail.....	49
.....	53
Bibliographie	53
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AFDS : Association Française des Directeurs de Soins
ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARS : Agence Régionale de Santé
CGS : Coordonnateur Général des Soins
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CLAN : Comité de Liaison Alimentation et Nutrition
CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CODIR : Comité de Direction
COMEDIMS : Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPOM : Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CREF : Contrat de Retour à l'Équilibre Financier
CREX : Comités de Retours d'Expérience
CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DAF : Directeur des Affaires Financières
DG : Directeur Général
DPC : Développement Professionnel Continu
DRH : Directeur des Ressources Humaines
DS : Directeur des Soins
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD : l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Établissement Public de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
FIR : Fond d'Intervention Régional
GPEEC : Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et Compétences
HAS : Haute Autorité en Santé
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IFSI : l'Institut de Formation en Soins Infirmiers
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie
PGFP : Plan Global de Financement Pluriannuel
PRS : Projet Régional de Santé

QVT : Qualité de Vie au Travail

RTT : Réduction du Temps de Travail

RSE : Responsabilité Sociale des Entreprises

T2A : Tarification à l'activité

Introduction

Un questionnement survient quand on rencontre un écart entre différentes situations. Pour nous, ce fut le cas, lors de notre premier stage. Nous avons quitté un Établissement Public de Santé (EPS) en grande difficulté financière. Et, nous nous sommes rendus dans un établissement qui était en train de mettre en place un troisième Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF). Le climat social était très différent d'un établissement à l'autre. Bien sûr, les situations ne sont jamais identiques, mais la question qui surgit alors pour nous, fut de chercher des éléments de compréhension pouvant expliquer le blocage total de l'un et la sérénité relative du second.

Dans le premier, le conflit est en phase d'extension, départs successifs du Directeur Général (DG), du Coordonnateur Général des Soins (CGS), du Directeur des Ressources Humaines (DRH), démission du conseil de surveillance. Dans le second, la situation est tendue, mais tendue vers la réflexion et la recherche collective de solutions.

Au départ pourtant les éléments sont les mêmes. Une contrainte extérieure conduit à une nécessité de se réformer.

De multiples facteurs peuvent entrer en ligne de compte, sociologique, historique... mais le facteur que nous avons choisi de privilégier est le facteur managérial. Ce choix est lié au fait qu'à notre prise de poste de Directeur des Soins (DS), c'est l'axe sur lequel notre marge de manœuvre sera vraisemblablement la plus importante. Le management hospitalier est le fait d'une équipe sous l'impulsion d'un directeur. Notre regard porte particulièrement sur l'organisation des soins.

De plus, nous semble-t-il, nombre d'hôpitaux sont confrontés à la problématique, d'un changement qualifié par Watzlawick¹ de changement de type 2 (WATZLAWICK, WEAKLAND, & FISH, 1981). Notre questionnement s'inscrit dans le contexte d'un hôpital public en complète mutation pour s'adapter aux attentes d'une nouvelle organisation de la santé et à des données économiques qui appellent à l'efficience et à la performance.

Dans le contexte actuel de pénurie, est apparu depuis quelques années le concept de développement durable, dont C. Poimboeuf rappelle la définition : « les besoins des générations actuelles doivent être satisfaits sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs. » (POIMBOEUF, 2012) Au terme durable nous préférons substituer le mot soutenable. Celui-ci nous semble plus proche de l'idée contenue dans le vocable anglo-saxon : *sustainable development*. Car c'est, pour nous, un leurre de penser

¹ Chercheur influent de l'École de Palo Alto a défini des éléments déterminants pour la compréhension du processus de changement.

Il distingue les changements à l'intérieur d'un système dits de type 1 et les changements qui affectent et modifient le système lui-même qu'il nomme les changements de type 2.

que dans un monde fini, il pourrait y avoir un développement infini (durable). Soutenable donne l'idée d'une limite, d'une raison.

Le développement durable a fait son entrée dans l'hôpital, la Haute Autorité en Santé (HAS) en a pris acte et l'a traduit dans le manuel de certification V2010 au travers de 8 critères du chapitre 1, Management de l'établissement². Effectivement, l'hôpital est à la fois un grand consommateur de ressources, mais en même temps, en raison des produits qu'il utilise et des déchets qu'il produit, un pollueur potentiel.

Dans cette consommation de ressources, ce qui nous intéresse particulièrement ce sont les ressources humaines. En effet, ce sont les femmes et les hommes qui font la performance de l'entreprise hôpital. Leur avis sur l'organisation du travail au plus près de la *front line* a souvent une grande pertinence (HAMEL, 2008)³, pour peu qu'on organise le travail avec eux plutôt que contre eux (NOBRE, L'innovation managériale à l'hôpital, 2013). Ce qui nous amène à un point bien précis du développement (que désormais nous nommerons) soutenable, le management soutenable. Et, pour préciser encore notre focale, ce n'est pas le management du développement durable qui sera notre objet, mais bien un management qui serait soutenable au regard de l'activité hospitalière, activité attendue, réalisable et réalisée.

Dans le contexte actuel, où le changement est absolument nécessaire, il nous paraît judicieux d'introduire le terme soutenable au travers de trois occurrences, le travail, le management et enfin le changement. Et, ces points sont à regarder de la place, que nous pensons spécifique, du DS.

Une rapide définition des termes employés devrait nous permettre de formuler de manière précise notre questionnement. Par management soutenable nous entendons un management qui permet de répondre aux nécessités de performance de l'hôpital sans compromettre ni la santé des acteurs, ni leur employabilité tout en maintenant leur niveau de compétence, c'est-à-dire en maintenant une soutenabilité du travail (ARDENTI, 2010)⁴. Pour aller plus loin par rapport à cette première définition, nous dirons même que le management soutenable vise à améliorer la santé au travail, développer les compétences et élargir le périmètre d'employabilité. Le management soutenable implique, surtout s'il est mis en lien avec le changement, la prise en compte du facteur temps. Le temps des personnes, de l'apprentissage, de l'organisation. Il implique de se projeter dans l'avenir, d'être proactif, plutôt que correctif. Ce qui peut imposer de prendre des décisions très

² Référence 1- Stratégie de l'établissement, critère 1b : engagement dans le développement durable.

Référence 3- La gestion des ressources humaines, critère 3d : qualité de vie au travail.

Référence 6- La gestion des fonctions logistiques et des infrastructures, critère 6f : achats écoresponsables et approvisionnements.

Référence 7- La qualité et la sécurité de l'environnement, critères 7a : gestion de l'eau, 7b : gestion de l'air, 7c : gestion de l'énergie, 7d : hygiène des locaux, 7e : gestion des déchets.

³ Nobre comme Hamel insiste sur un management où est renforcée la notion d'*empowerment* des acteurs de première ligne.

⁴ « Les conditions de travail sont jugées soutenables lorsqu'elles permettent au travailleur de maintenir sa santé, ses compétences et son employabilité »

précoces, avant même qu'elles ne s'imposent à nous. Troisième élément de ce type de management : accepter le changement, c'est-à-dire renoncer à l'idée d'une organisation parfaite.

Le DS, grâce à la dimension clinique, fruit de son expérience professionnelle, peut organiser les soins en pilotant un changement soutenable permettant la performance et évitant toute ou partie de la contre-productivité⁵ liée au changement. La contre-productivité est associée au fait d'aller trop loin, ou trop vite, de ne pas avoir de limite et de ce fait d'inverser le résultat attendu. (CLERC, 2010) En matière d'organisation des soins, c'est sur cette limite que doit se tenir le DS.

Ce qui nous conduit à formuler la question centrale suivante :

En quoi la fonction de Directeur des Soins peut-elle être une plus-value dans le pilotage du changement soutenable et source de performance à l'hôpital?

Les hypothèses de compréhensions suivantes complètent notre question :

- Le changement réel (Type 2) reste à accomplir.
- La dimension clinique du DS produit une compréhension différente de l'activité.
- Un management hospitalier soutenable est source de productivité.

Pour répondre à cette question, nous partirons des éléments de terrains produits par nos stages et par les informations fournies par la littérature, à la fois sur les constats (réformes, changements), mais aussi sur les perspectives. Nous nous intéresserons à la dimension clinique du management et de l'organisation des soins.

Nous ferons ensuite, fort de cet étayage conceptuel, un retour sur le terrain. Nous poursuivrons nos investigations auprès de Directeurs d'hôpital, de Directeurs des Ressources Humaines et de Directeurs des Soins. Nous irons aussi interviewer des cadres de pôles.

Enfin confrontant nos axes d'investigations conceptuels aux réponses des acteurs, nous formaliserons des préconisations et des actions à conduire, au plus proches de nos préoccupations de DS prenant ses fonctions.

⁵ « Chaque institution rationnellement planifiée dans un but technique produit des effets non techniques dont certains ont le résultat paradoxal d'amoindrir l'homme et d'appauvrir son milieu en réduisant sa capacité de se débrouiller (ILLICH, 2009) » (Page 673)

1 Du changement au management, un état des lieux de l'hôpital

1.1 L'Hôpital entre nécessaire mutation et douloureuse adaptation.

Laurent Degos, médecin et ancien président de la HAS, pose clairement le cœur de la problématique actuelle: « L'hôpital est au centre de ces bouleversements. Il subit les changements sans les anticiper. Gros paquebot, il navigue mal dans ces eaux mouvantes. Il est fragile et vulnérable. Il risque de se casser, face aux mutations qui nous attendent, car il n'a pas de souplesse. Il perd sa place noble, privilégiée dans la cité, de point central de l'offre de soins, défendue par le maire de la ville. Les temps anciens sont révolus. Et cette transformation est mondiale. L'hôpital diminue sa voilure. (DEGOS, 2011)»

Nous avons pu mesurer, dans les différents établissements où nous sommes allés, les effets douloureux du changement. L'hôpital peine à s'adapter. Dans l'un de nos stages en directoire nous avons pu observer la prise de conscience par les médecins des conséquences concrètes d'un plan de retour à l'équilibre, pour être plus précis d'un troisième plan de retour à l'équilibre. Lors de notre recherche d'affectation, nous avons aussi rencontré des établissements en grande difficulté.

Dans chacun des cas, les causes ne sont pas récentes, et l'on peut faire l'hypothèse qu'un certain nombre de décisions n'ont pas été prises en temps voulu. Dans notre premier stage, nous avons un établissement qui est l'établissement recours du territoire, qui jouit d'un certain nombre d'atouts, mais qui a tardé à se rénover et à se restructurer. Lorsque l'occasion lui en a été donnée, cela s'est déroulé dans un moment de tension et de crise (à chaud) et non pas d'anticipation (à froid). En 2012, dans le numéro 72 de la revue de l'IRES, les auteurs insistent en matière de restructuration sur trois points qui nous paraissent capitaux: l'individualisation de la relation d'emploi, l'anticipation des restructurations et l'employabilité des salariés. (BEAJOLIN-BELLET, LERAIS, & PAUCARD, 2012). Non seulement, en règle générale, le changement n'a pas été anticipé mais c'est uniquement la crise qui en a permis le déclenchement. Et, ce qui a été envisagé c'est un changement de Type 1. Ceci conduit inmanquablement, parfois après une courte amélioration, à un deuxième, voire un troisième plan de retour à l'équilibre. Cela peut produire des effets délétères, pertes de confiance des acteurs internes, sentiment de découragement, d'injustice. Les efforts produits ne conduisent qu'à de nouveaux déficits. Nous avons particulièrement ressenti cela lorsque nous avons rencontré les organisations syndicales lors de notre deuxième stage. Ce sentiment de découragement, cette « sinistrose », vient entamer lourdement la dynamique des plans suivants qui partent de ce fait avec un handicap. Pour avancer, avant d'entamer une nouvelle phase de changement, il faut des résultats positifs. Dans le cas contraire les acteurs peuvent avoir l'impression comme le souligne N. Alter, que le changement n'est plus le fait de passer d'un état stable A, à un

état stable B, mais d'être en constant mouvement, le moyen s'étant transformé insidieusement en finalité (ALTER, 2009).

La succession des plans de retour à l'équilibre n'est pas non plus sans conséquence vis-à-vis des partenaires externes. Cela engendre un déficit d'image, de crédibilité aussi bien avec les tutelles qu'avec le public accueilli ou les fournisseurs.

Pour les autres établissements que nous avons étudiés pour nos prises de contacts, les rapports des Cours des Comptes Régionales établissent des causes anciennes, un déficit accumulé qui nécessitent, aujourd'hui, des mesures drastiques. Mesures qui sont la conséquence directe de ce qui n'a pas été fait en temps voulu, donc, source d'incompréhensions multiples et de ce fait de résistances fortes, voire de blocages comme dans l'établissement dont nous venons.

Le choix qui semble prévaloir dans les établissements, que nous avons rencontrés, est plus proche de la mise en conformité (parfois au seuil le plus bas) que de la proactivité. L'exemple de la psychiatrie, où l'on est parfois passé, d'un service pour un secteur à un pôle par secteur, illustre bien ce changement qui n'en est pas un.

P. Watzlawick, J. Weakland et R. Fish considèrent le changement de type 1 comme un mécanisme correspondant au fait, pour un système, d'exercer des actions d'ajustement sur des personnes ou des sous-systèmes qui menacent son équilibre. Dans ce type de changement, seuls les éléments peuvent changer, mais l'état global du système reste lui-même inchangé. Les changements de type 1 semblent reposer sur le bon sens, mais conduisent néanmoins le système, inutilement, à faire plus de la même chose. Les personnes concernées fabriquent en fait du «non-changement» et dépensent de l'énergie pour se maintenir ou revenir à l'état initial. Ils considèrent qu'il y a changement (changement 2) quand on constate une modification des relations entre les acteurs. La stratégie consiste donc à conduire le système bloqué vers la recherche de solutions. Il faut changer de niveau logique pour mobiliser ses ressources vers un objectif. Il s'agit, disent-ils, de se déplacer du problème, auquel on ne s'attaque pas directement, à la structure qui l'a engendré et qui l'alimente. En conséquence, c'est le type de comportement qui maintient le problème qui doit être changé et non le problème lui-même (WATZLAWICK, WEAKLAND, & FISH, 1981).

Si l'on prend l'exemple des pôles cliniques, on peut voir au-delà de la psychiatrie, que le principe qui a, parfois, prévalu lors de leur création est plus proche de la combinaison de services que d'une véritable logique de parcours. En l'espèce, la construction de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce nous semble une réalisation d'un changement de type 2, ce que les auteurs appellent une innovation managériale. On y voit un découpage, non en spécialités médicales, même regroupées, mais un découpage, en fonction du type de parcours du patient : « debout », « ambulatoire », « couché traditionnel »

et « couché aigu » (MARTY, WABLE, DUMOND, VANDANGEON-DERUMER, & KOENIG, 2013).

Pour autant, nous ne voulons pas dire que l'hôpital ne s'est pas transformé.

Les réformes se sont enchaînées, chacune ayant apporté sa pierre à l'édifice. Après la reconstruction nécessaire du parc hospitalier à la suite de la Deuxième Guerre mondiale, le temps des réformes a commencé pour améliorer l'outil hôpital au service des besoins en santé du pays.

Réformes menées dans différents domaines, mais dans une même direction (ou en tout cas avec une cohérence de plus en plus affirmée) :

- Un effort a été conduit pour réduire ou contrebalancer le pouvoir politique local au profit d'une vision nationale. Nous sommes passé du maire, président-né de l'hôpital (CLEMENT, 2001), à une participation plus réduite dans un des 3 collèges du conseil de surveillance. Avec pour le maire la possibilité (mais plus la certitude), d'être élu président⁶. Si l'influence du maire ou des hommes politiques locaux reste importante, le pouvoir de décision se retrouve quant à lui plutôt dans les mains du DG de l'Agence Régionale de Santé, organe déconcentré de l'État (Notamment par le biais des ouvertures soumises à autorisation et des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens, CPOM).

- L'effort financier a connu trois temps, le prix de journée, très inflationniste, a permis à l'hôpital de se moderniser et d'entreprendre les rénovations nécessaires. La dotation globale fut un effort pour stopper la constante augmentation des dépenses hospitalières, sous la pression de la crise économique liée au premier choc pétrolier, mais elle a conduit également à un certain immobilisme. Troisième temps, la Tarification à l'activité (T2A), redonne du dynamisme et encourage /récompense l'activité, mais relance une forme d'inflation et ne répond pas à toutes les missions de l'hôpital. Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), Fond d'Intervention Régional (FIR) et forfaits viennent compléter ce mode de financement.

- L'effort financier est accompagné d'un effort budgétaire non négligeable. Le passage du budget à l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) et au Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) atteste d'un pilotage par les recettes plutôt que par les dépenses.

- Comptabilité analytique et Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie hospitalier (ONDAM) sont venus encadrer le dérapage des dépenses.

⁶ Le conseil de surveillance du centre hospitalier de Saint-Lô a élu vendredi à sa présidence Claude Lehoussel, président de l'association française des diabétiques pour le Centre-Manche, a annoncé l'établissement dans un communiqué lundi.
http://www.apmnews.com/print_story.php?numero=249051&profil=46516

- La planification s'est faite de plus en plus précise et volontaire passant d'une description, à un véritable outil d'autorisation des activités sur un territoire de santé, en lien avec le Projet Régional de Santé (PRS), dans les mains d'une autorité régionale : l'ARS.

- À l'intérieur de l'hôpital, la réforme est menée sur plusieurs fronts, celui de la qualité avec l'accréditation, puis la certification. Processus qui a remodelé les pratiques professionnelles. Celui de la démocratie sanitaire, la participation des usagers a, à son tour, fortement impactées les pratiques. Enfin, la nouvelle gouvernance, le plan hôpital 2007 (Ordonnance du 2 mai 2005) sont venus moderniser et assouplir le fonctionnement de l'hôpital avec la création des pôles et du conseil exécutif.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST), renforce cette modernisation et remplace le Conseil Exécutif par le Directoire, et le Conseil d'Administration par le Conseil de Surveillance.

1.2 La Dimension clinique de la fonction de DS

Le changement pour se construire et produire un résultat doit avoir du sens. Dans un hôpital, l'activité principale est la production de soins. Le DS est responsable de l'organisation des soins. Cette organisation doit avoir du sens (une signification) et donner du sens (une direction). Le directeur des soins, par délégation du DG⁷, manage 77% des effectifs, son implication dans l'organisation de la production est donc grande. Sa légitimité à cette place vient de son rapport particulier à la clinique ; il est, sauf exception, le seul membre de l'équipe de direction à avoir exercé dans la production et dans l'encadrement de proximité de la production des soins.

Mais, l'emploi du mot clinique alors qu'il est question des directeurs de soins peut, en soi, poser question. Il nous faut donc avant toute chose définir ce que nous entendons par clinique. Parmi les différentes définitions qui sont à notre disposition, nous avons choisi celle d'Henri Piéron qui décrit la clinique comme « *un ensemble des connaissances acquises par l'observation directe des phénomènes morbides présentés par le malade alité, sans l'aide de moyen de laboratoire. Par extension, tout ce qui est observation et compréhension d'autrui par le contact direct, grâce à une formation et à une expérience antérieure.* » (PIERON, 2003). C'est, bien entendu, la deuxième partie qui nous intéresse. Un directeur, un manager, *a fortiori* dans un hôpital, s'est appuyé dans son début de carrière sur la première partie de la définition. Il peut, de ce fait, inscrire dans sa posture

⁷ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. Article 4.

Il organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement ;

Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

de manager, une dimension clinique. Clinique étant alors entendue dans le sens de singulier, d'une façon particulière d'être à l'autre ou aux autres et dans une démarche de recherche de sens. Mais ce que nous souhaiterions développer ici est en lien avec ce que nous pourrions appeler le « cœur de métier » de l'institution. Le cœur de métier de l'hôpital, c'est la production des soins (médicaux et paramédicaux⁸). Quel est dans la fonction de DS le rapport avec le cœur de métier, quels sont les enjeux de l'organisation de la production des soins ? Réintégrer la dimension clinique dans la fonction de DS, c'est construire à côté de l'activité de gestion, une activité de management. La clinique devient, alors, une valeur ajoutée dans le management des professionnels.

L'hôpital est un monde de professionnels, répondant à la définition de C. Dubar et P. Tripier : « *Les professions traitent d'opérations intellectuelles associées à de grandes responsabilités individuelles. Leurs matériaux de base sont tirés de la science et d'un savoir théorique qui comportent des applications pratiques et utiles, et sont transmissibles par un enseignement formalisé. Les professions tendent à l'auto-organisation dans des associations ; et leurs membres ont une motivation altruiste.* » (DUBAR & TRIPIER, 2005). On l'oublie souvent, mais l'hôpital n'est pas simplement le premier employeur de la commune ou du territoire, il est aussi l'employeur d'un personnel très qualifié et diplômé. Il est question de personnes qui exercent une profession identifiée, réglementée, ayant une déontologie propre, dont les compétences les rapprochent d'un groupe plus large, extérieur à l'entreprise. Et quand il s'agit de manager des professionnels, les approches classiques du management s'avèrent difficiles ou peu efficaces, M. Thévenet nous rappelle qu'en matière de professionnalisme, il s'agit, à la fois de « [...] *la performance, mais aussi de la manière pertinente dont la personne conduit son activité dans le respect des valeurs, de savoir-faire, de compétences par forcément écrites qui ressortissent de la profession occupée.* » (THEVENET, Tous professionnels!, 2006). Pour être efficace, ce management doit alors associer de la pertinence et de la cohérence et combiner deux approches :

- L'une, dédiée aux personnes, aux professionnels, (le cadre de pôle ou le cadre supérieur pour le DS, les cadres de santé pour le cadre de pôle et les professionnels paramédicaux pour le cadre de proximité) requiert de l'attention et de la présence (presque de l'incarnation dirions-nous en tout cas la fonction de directeur ne peut pas être virtuelle ou désincarnée), donc du temps. Il s'agit de prendre soin (*care*) des professionnels en prenant soin du travail, car comme l'indique J. Ardoïno, dans l'activité de travail, c'est la personnalité tout entière qui est engagée pas seulement le savoir (intellect) et le savoir-faire (automatismes). (ARDOINO, 2004)

⁸ Infirmiers, de rééducations et médico-techniques.

- L'autre dédiée à l'organisation. Il s'agit de renforcer en permanence les liens communs au-delà de l'action de chacun (langage, culture, espace d'échange et de réflexion), mais aussi prendre soin (care) des règles, règlements, protocoles et procédures, en bref de veiller à la coordination.

Les deux approches sont importantes et s'étayent l'une l'autre. La construction du sens ne peut se faire qu'en tenant compte de ces deux axes celui du lexique et celui de la syntaxe.

En effet, dans un hôpital, les professionnels produisent du soin. Parfois au décours des demandes, ils peuvent avoir l'impression de produire autre chose, de la qualité, des actes (voire des tâches), ou des chiffres... C'est dire que les gestes, transformés en bonnes pratiques, sont parfois oubliés au bénéfice d'un résultat, d'une performance.

Si l'on en reste là, il y a danger, risques. La question du sens convie à réinterroger l'activité soignante. Aristote fait une distinction entre ce qu'il nomme la *poiésis* : la fabrication / le faire et l'action / l'agir qu'il nomme la *praxis*. La première se termine par une production et la seconde par une création.

Pour les paramédicaux, la *poiésis* représente la production qui répond à une norme, un protocole, une prescription. C'est un résultat conforme qui correspond à des critères de qualité et de gestion des risques.

Pour autant, et Christophe Dejours le rappelle : il n'y a pas de travail aujourd'hui qui soit de pure exécution (LA VEGA De, 2004). Yves Clot, parle quant à lui, d'écart entre le travail prescrit (tâche prescrite) et le travail réel (activité réelle) (CLOT, La fonction psychologique du travail, 2004). Enfin Yves Schwartz évoque le débat de normes et la dramatique d'usage de soi (SCHWARTZ, 1998). C'est dans cet écart que se développent les compétences des professionnels⁹ entre modèle du métier : « [...] un savoir professionnel référé, non seulement à l'observation des règles du métier, mais surtout à la qualité et à l'originalité du produit [...] l'institutionnalisation de sa transversalité par rapport au lieu où il s'exerce » (ZARIFIAN, 2004). Et, modèle de la compétence : « La compétence associe pouvoir de décision, intelligence des problèmes et responsabilités face aux actes de production (et aux clients). » (Ibidem) Dans l'hôpital moderne et plus encore dans le futur, le modèle du poste de travail taylorien va disparaître. Dans cette modélisation, à aucun moment il n'y a négociation ou débat sur le contenu du travail, les choix d'organisation ou sur la dimension professionnelle de la qualification. Une nouvelle définition du travail s'impose : « Travailler, c'est s'affronter à un problème et chercher à améliorer les solutions. » (Ibidem)

⁹ Ou la professionnalisation qui est un processus qui ne s'achève jamais.

De fait, l'écart à la norme (prescrit) peut être non seulement expliqué (écart au référentiel), mais aussi compris (travail sur le différentiel)¹⁰. Si l'explication se fige dans une signification, la compréhension s'ouvre sur le sens, le sens du geste : je m'écarte ou je me suis écarté de la norme ; pourquoi, et pour quoi, pour recomposer quelle nouvelle norme ? C'est dans l'organisation de ce questionnement à distance que la pratique évolue. C'est dans cet espace de réflexion, qu'il appartient au DS d'induire, que naît la *praxis*, c'est-à-dire la réflexion et le discours sur la pratique. Cet espace ouvre la question de l'objectif et de la visée, du précis (peu puissant) et de la direction, du sens (puissant). Les deux coexistent dans le soin. À s'en désintéresser, à ne voir que le résultat, le directeur des soins, perdrait la direction, la visée, quel paradoxe !

Négliger les objectifs conduit à une mise en danger du patient ou du soignant à très court terme. Mais, perdre la visée conduit, non seulement à une perte du sens, mais aussi à une mise en danger à moyen ou à long terme (or, le moyen et le long terme, la perspective sont l'affaire des dirigeants) : La réflexion sur la pratique c'est le bénéfice du soignant (employabilité, développement des compétences et sans doute maintien de sa santé) au bénéfice des patients.

Pour le DS, cela signifie, faire vivre les deux axes celui du faire et celui de l'agir ; celui de la norme et celui de la création ; celui de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) et celui de l'Analyse des Pratiques Professionnelles. Il ne doit pas opposer, mais faire tenir ensemble deux termes en apparence contradiction.

Il nous semble que c'est précisément à cette place que se tient le DS. Prenant soin du travail, de l'activité, les faisant vivre, donnant le sens et du sens. L'organisation des soins sera soutenable, si le travail est soutenable. C'est sa responsabilité pour les soignants. Une organisation au service des soins et donc des patients doit développer :

- les compétences du professionnel, c'est-à-dire son autonomie ;
- son employabilité, c'est-à-dire sa capacité à transférer ce que l'organisation lui a appris dans de nouveaux environnements de travail ;

Et permettre que le travail soit un facteur d'épanouissement et de santé.

1.3 Du management au management soutenable.

Avant de travailler sur la question du management soutenable, il nous semble important de définir le management et ensuite le management à l'hôpital.

¹⁰ « Le document référentiel devient un différentiel quand il est donné au formé pour qu'il y exerce sa fonction critique. » (VIAL, 1996), on voit bien que si l'on fait ça avec des professionnels, on se rapproche à la fois de l'innovation managériale que prône Hamel, on redonne du pouvoir, et l'on encourage ce que Clot a engagé pour lutter contre les RPS, à savoir du débat entre les normes (le référentiel) et les valeurs (attachées au métier).

Le management désigne l'ensemble des techniques d'organisation et de gestion mise en œuvre pour administrer une entité.

Nous avons choisi de distinguer de la manière suivante manager et gérer :

- le terme « management » désigne plutôt les pratiques et les savoir-faire associés à l'organisation du travail collectif et aux relations humaines, avec une dimension surtout qualitative : management stratégique, management de projet, management participatif, etc.
- le terme « gestion » désigne plutôt les techniques de conduite des affaires en général, avec une dimension surtout quantitative : gestion comptable, gestion de patrimoine, contrôle de gestion, etc.

Nous avons bien conscience que cette distinction est arbitraire, elle est surtout destinée à faciliter le travail de recherche. Dans la réalité des situations de travail, les deux registres sont souvent confondus.

Manager une entreprise, c'est avant tout manager une communauté d'hommes, pour les faire coopérer à une œuvre commune, dans un champ de contraintes, internes et externes très diverses. Le management permet de trouver les ressources, de planifier les actions, de programmer les tâches, de dynamiser autour d'un projet et de valeurs une entreprise. Mais, à l'inverse, Gary Hamel le rappelle: « En dernière analyse, ce qui bride la performance de votre entreprise, ce n'est ni son modèle opératoire, ni son modèle économique, mais son modèle de management. » (HAMEL, 2008) Et c'est bien pourquoi cette question doit nous intéresser. Nous devons nous la poser pour l'hôpital : en dernier ressort, est-ce notre management qui bride notre performance ?

Revenons à notre premier lieu de stage. Nous l'avons quitté en février, il avait suscité nos premières interrogations sur le management soutenable. Paradoxalement, le constat d'un nouveau déficit et la réflexion autour d'un nouveau CREF avaient semblé susciter un élan, une réaction, une mobilisation salutaire. La prise de conscience, autour des exposés très didactiques du Directeur des Affaires Financières (DAF), lors des Directoire, Comité Technique d'Établissement (CTE), Commission Médicale d'Établissement (CME), Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) et réunion cadre, avait ouvert une possibilité de réaliser un changement de type 2. Mais nous le retrouvons 7 mois plus tard, et nous découvrons que depuis, rien n'a été fait. La dynamique de changement, que nous avons cru voir naître lors de ce stage, a disparu.

Pire, dans l'encadrement elle a laissé place à une certaine morosité. Bien sûr, tout n'est pas lié au management, il y a des éléments de contexte : les élections municipales (président du Conseil de Surveillance), le service des urgences en surchauffe permanente

qui s'embrase réellement au moment où l'on crée des postes (en 12 heures sur un horaire correspondant au pic d'activité¹¹) et puis les élections professionnelles de fin d'année. Nous le verrons, quand nous le définirons, mais le management soutenable implique aussi de prendre vite des décisions courageuses. Ne rien faire en matière de décision est sans doute la plus mauvaise option.

Manager, c'est tenir une position au sens militaire du terme, entre les pressions d'une hiérarchie (et cela, quelle que soit la fonction que l'on occupe) et la résistance du terrain. C'est aussi tenir (et le dire) un cap malgré les tensions, les divergences et les conflits. L'éthique nous apprend que l'on peut sortir des divergences et du conflit par le haut, en argumentant et en parvenant à un consensus (une solution commune), plutôt qu'à un compromis (souvent sur le plus petit dénominateur commun). Le consensus nécessite un manager en position tierce.

En résumé, manager consiste à rendre performante une action commune, en influençant les comportements individuels et collectifs. Il s'agit d'une mission éminemment humaine qui repose sur des qualités humaines et porte sur l'homme ou les hommes au travail.

Le management de l'hôpital et le management à l'hôpital ne diffèrent pas, sur l'essentiel, du management des entreprises. Mais le contexte particulier de cet exercice amène quelques spécificités. Tout d'abord, l'hôpital (Établissement Public de Santé, depuis la loi du 31 juillet 1991) est une personne morale de droit public, dont l'objet principal n'est ni industriel ni commercial. Les EPS produisent des soins, qui sont un type très particulier de service.

Depuis 2002, et le programme hôpital 2007 (parachever par l'ordonnance du 2 mai 2005), la gouvernance hospitalière a considérablement évolué. Cette évolution appelée dans les hôpitaux, nouvelle gouvernance, s'est largement inspirée de la gouvernance des entreprises¹² : *corporate governance*.

Ce changement a trouvé son aboutissement, en matière de gouvernance dans la loi HPST.

¹¹ Preuve s'il en est qu'une décision rationnelle, peut avoir des effets inverses de ceux attendus. La dimension clinique, qui apporte la connaissance du travail peut avec l'intervention du DS venir pondérer la raison.

¹² La norme iso 26000 place la gouvernance au centre des 6 questions centrales de la norme et en donne cette définition : « La gouvernance de l'organisation est le système par lequel une organisation prend des décisions et les applique en vue d'atteindre ses objectifs. La gouvernance de l'organisation peut comprendre à la fois des mécanismes formels de gouvernance, reposant sur des processus et des structures définis, et des mécanismes informels, émergeant en fonction des valeurs et de la culture de l'organisation, souvent sous l'influence des personnes qui dirigent l'organisation. [...] Ces systèmes sont dirigés par une personne ou par un groupe de personnes (propriétaires, membres, mandataires sociaux ou autres) détenant le pouvoir et ayant la responsabilité d'atteindre les objectifs de l'organisation. »

Les évolutions à venir ne devraient être que des ajustements à la marge (dont certains peuvent être lourds de sens) et ne rien modifier de l'axe central de cette réforme : Le passage d'un hôpital administré, avec un Conseil d'administration, à un hôpital managé par son Directeur Général, conseillé par un Directoire (à majorité médicale) et contrôlé par un Conseil de Surveillance. Avec un projet visant à atteindre des objectifs fixés par contrat.

La nouvelle gouvernance hospitalière permet de tenir compte de façon plus pertinente de la double ligne hiérarchique (administrative ou profane et médicale ou professionnelle décrite par Anselme Strauss) (OSTY, 2012). En effet la création des pôles permet de passer d'une possible opposition des lignes administrative et médicale, à une théorique, mais souhaitable complémentarité médico-administrative, donnant au DG l'autorité hiérarchique et au chef de pôle l'autorité fonctionnelle. Bien entendu, là aussi, les éléments peuvent se mettre en place pour faire perdurer, sous des formes différentes, les anciens fonctionnements. Mais nous voulons croire, avec Guy Vallet s'exprimant sur les pôles, que nous allons vers « ...un hôpital plus performant parce que plus habité d'une volonté de réussite partagée. » (NOBRE & LAMBERT, Le management de pôles à l'hôpital, 2012)

Dans cette gouvernance, qui permet management, stratégie et réinvestissement économique des médecins, la place de chacun semble prise en compte. Il nous semble cependant que le Coordonnateur Général des Soins (CGS), se trouve quant à lui confronté à une certaine difficulté, une ambiguïté qui pourrait devenir, s'il ne fait pas très vite un travail sur sa posture, une difficulté voire une impasse. Nous voulons parler de sa place et de sa légitimité dans une instance, le Directoire.

Pour mémoire, le Directoire, contrairement au Conseil Exécutif (hôpital 2007) n'est pas une instance paritaire. Les médecins y sont majoritaires. Le directeur général en est le président, le président de la CME (élu par celle-ci) en est le vice-président, il est membre de droit. Le CGS est lui aussi membre de droit, au titre de président de la CSIRMT (mais il n'est pas élu par elle). La présidence de la CSIRMT légitime sa présence dans le Directoire, mais peut le placer dans un conflit de loyauté par rapport à son équipe, l'équipe de direction, et par rapport à son supérieur hiérarchique, le DG. Il est donc présent pour et par la CSIRMT, mais prend la parole avec et pour l'équipe de direction.

Pour le CGS, l'organisation des soins passe nécessairement par une définition de ses liens avec les autres directions fonctionnelles et en particulier avec la DRH et avec les pôles d'activités cliniques et médico-techniques. C'est dans la façon dont sera définie l'organisation des soins au niveau des pôles, avec les cadres de pôle, et le management de proximité que se dessinera ou non un management soutenable. Et notamment dans la répartition des missions transversales des cadres de proximité.

Comment pourrions-nous dessiner un management soutenable à l'hôpital ? Il nous faut avant tout préciser : le terme soutenable nous reste propre. Celui qui de fait nous permet de construire une définition est : management durable. Nous ne reviendrons pas ici sur les raisons de notre choix.

M.Thévenet précise trois caractéristiques de ce qu'il nomme le management durable. Toutes les trois sont en lien avec le temps (THEVENET, Vers un management durable, 2013) :

C'est un management qui se caractérise par la référence au temps long. Temps de la formation, ou du développement des compétences, ce qui compte n'est donc pas le temps des horloges, des restructurations guidées par la raison des hommes, mais le temps des hommes. Par exemple, nous pouvons bien considérer, dans une fusion, une restructuration, qu'il est nécessaire pour les acteurs de passer par les phases du deuil. Mais nos projets marqués du sceau de la raison, de la rationalité, ne prennent pas toujours ce temps, qui est un temps d'élaboration psychique et d'acculturation.

Deuxième point, le management durable implique de croire que l'on a un avenir, et un avenir avec l'établissement. Concrètement, cela veut dire des équipes de direction qui restent en place suffisamment longtemps pour accompagner sur un temps long les changements qu'elles ont initiés. Ce n'est donc pas simplement préparer une restructuration, et la mettre en œuvre, mais aussi l'accompagner, l'évaluer, voire la réguler. Cela signifie aussi décider vite pour ne pas hypothéquer l'avenir. Les décisions repoussées et qui doivent être prises de toute façon, entraîneront des conséquences plus lourdes.

Enfin, manager durablement, c'est croire au changement. Pratiquer une culture du doute et de la critique. Il faut tenir compte de l'évolution de la société (rapport au travail différent, nouvelles technologies de l'information), et faire le deuil d'une organisation idéale, conçue une fois pour toutes, et dans laquelle le changement se révèle souvent être simplement un peu plus de la même chose. Il faut un management innovant pour lui-même avant d'innover pour les autres, les exemples ne manquent pas dans l'hôpital (NOBRE , L'innovation managériale à l'hôpital, 2013).

L'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres, mais se trouve sous tension comme elles. Le management permet de soutenir cette tension autour des valeurs affirmées et fortes, d'une entreprise dont l'homme est la raison d'être, la(les) ressource(s) essentielle(s), le socle culturel (la coopération) et la gouvernance (partagée). Les dimensions cliniques et éthiques sont prégnantes, JM Revillot rappelle qu'à l'hôpital nous

sommes au plus près de la vulnérabilité¹³. L'hôpital est le lieu où s'allient une haute technicité (cure) et une bienveillance (care). Cette alliance cure/care, éthique/performance est rendue possible par les valeurs portées par nos institutions. Pour changer constamment et durer, il faut une grande stabilité. C'est parce que les institutions ont une histoire, une culture et de solides valeurs sans cesse réaffirmées qu'elles peuvent affronter les difficultés et durer.

Au-delà des CPOM, il existe autour des valeurs et missions originales de l'hôpital et du Service Public un contrat moral. Ce contrat avec la population est aussi un élément socle de la confiance dans nos établissements. La confiance, notamment entre les salariés et le management (dans un sens comme dans l'autre) est pour T. Philippon, une partie importante de la crise du travail en France¹⁴. La confiance à l'hôpital comme ailleurs ne se décrète pas, il faut du temps, de la reconnaissance et du respect pour l'instaurer. L'exemple du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes va dans ce sens en accompagnant, dans son projet d'établissement, le changement par le sens et la confiance (COUDRIER, POTEL, JASPARD, BÉNARD , & VALLÉE , 2012). La référence aux valeurs permet de donner un sens à l'action et ainsi de construire cette confiance si utile à la performance.

Conclusion : Changement soutenable, travail soutenable et management soutenable.

La dimension clinique présente dans la posture du DS, nous semble, au sein de l'hôpital et de l'équipe de direction, un élément permettant la prise en compte de la soutenabilité du travail. Ce point de départ permet un management soutenable du changement ou le management d'un changement soutenable. Le changement nous apparaît comme indispensable au vu des évolutions de la société, mais il ne peut se faire qu'avec les acteurs, et pour cela il faut s'intéresser au travail (dimension clinique/organisation de la production des soins), c'est-à-dire mettre le travail entre nous (*inter esse*), comme ce qui nous réunit et en même temps nous sépare.

¹³ « Aux notions de responsabilité et d'autonomie du sujet dans la poursuite de sa santé est associée la reconnaissance de ses limites, de sa fragilité et de ses choix. » (REVILLOT, 2010)

¹⁴ Les pays où le développement du syndicalisme a été tardif et faible, entravé notamment par une attitude hostile des Etats (comme par exemple en France, avec la loi Le Chapelier de 1791 puis la pénalisation du « délit d'association » jusqu'en 1901), sont ceux qui souffrent aujourd'hui d'un manque de confiance entre employeurs et employés. Cette hostilité originelle et cette méfiance réciproque se reproduisent séculairement jusqu'à aujourd'hui. (PHILIPPON, 2007)

2 Les leçons du terrain.

Notre question de départ était la suivante :

En quoi la fonction de Directeur des Soins peut-elle être une plus-value dans le pilotage du changement soutenable et source de performance à l'hôpital?

Nous avons des hypothèses de compréhensions portant :

- Sur le changement, nos lectures nous amènent à penser que les restructurations les plus conséquentes sont bien devant nous.
- Sur la dimension clinique, nous avons établi que l'expérience professionnelle du directeur des soins lui permettait de porter un autre regard sur l'écart entre travail prescrit et travail réel.
- Enfin sur le management hospitalier, nous avons envisagé un autre management possible et avons établi des liens entre les différentes soutenabilités, du travail, du management, du changement et leur rapport avec une performance soutenable dans le temps.

Au vu de cette première partie, notre question se précise et s'enrichit pour devenir :

« En quoi la dimension clinique de la fonction de Directeur des Soins peut-elle être une plus-value dans le pilotage du changement soutenable, source de performance durable contribuant à l'attractivité de l'hôpital? »

En effet, il nous semble que la plus-value du directeur des soins, c'est sa connaissance du travail. Celle-ci lui permet d'organiser la production des soins pour répondre aux exigences de la technique et du progrès médical d'une part, mais aussi aux exigences économiques, tout en préservant la qualité de vie au travail, la qualité et la sécurité des soins. Sa connaissance est donc une ouverture sur le changement en même temps qu'une limite de celui-ci, réalisant ce que nous avons appelé : changement soutenable.

2.1 Les terrains de stage

Nous avons effectué 3 stages, les premier et troisième (3 et 10 semaines) dans le même établissement, le Centre Hospitalier d'A (CHA), le deuxième (4 semaines) dans un autre établissement le Centre Hospitalier Inter Communal (CHIC).

Lors de ces stages dans les deux établissements, nous avons pu assister aux différentes instances : Comité de Direction (CODIR), Directoire, CME, CSIRMT, Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), Comité Technique d'Établissement (CTE). Nous avons également participé aux réunions de la direction des soins avec les cadres supérieurs, cadres de pôle ou non, avec les cadres de santé, ainsi qu'à des

conseils de pôle dans l'un des stages, où un membre de l'équipe de direction est directeur de pôle. Nous avons assisté, chaque fois que notre maître de stage y participait, au Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), au Comité de Liaison Alimentation et Nutrition, à la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS), aux commissions qualité et formation. Notre connaissance des institutions s'est complétée par la participation à des réunions de différents COmités de PILotage (COPIL) en fonction des projets de chaque établissement. Nous nous sommes rendus dans différents pôles pour comprendre leur fonctionnement et dans des unités de soins lorsque des questions se posaient et nécessitaient la présence ou une réponse de la direction des soins.

Dans chacun des stages, nous avons pu participer à une réunion régionale de l'Association Française des Directeurs de Soins (AFDS).

Avant de revenir sur les éléments que nous pouvons tirer de nos notes et observations, il nous paraît important de situer et de décrire les deux établissements.

Tout d'abord, disons un mot sur la direction des soins ; sa situation et son organisation diffèrent d'un établissement à l'autre.

Dans le premier, la Direction des Soins (DS) est organisée autour d'un CGS, assisté d'un cadre supérieur et de deux secrétaires. Géographiquement, la DS se situe au cœur des bâtiments dédiés aux soins. Toute la journée, cadres et cadres de pôles se rendent dans le secrétariat et peuvent s'adresser très facilement au CGS, ou être interpellés par lui. Les soignants passent aussi par le secrétariat, mais de façon plus rare. Les cadres de pôle ont tous les matins une réunion informelle, autour d'un café, nombre d'informations circulent très librement à ce moment-là. Nous pouvons mesurer l'état d'esprit de l'encadrement supérieur, un certain nombre d'événements, de réussites ou de difficulté sont évoqués. En plus du cadre supérieur affecté à la DS, trois cadres de pôles (sur les neuf cadres de pôle cliniques ou médico-techniques¹⁵) ont leur bureau à la suite de celui du CGS. L'équipe de direction, quant à elle, se situe dans un autre bâtiment dédié à l'administration, et regroupant la Direction Générale et les différentes directions fonctionnelles. Le lundi matin a lieu le CODIR, et l'après-midi le CGS organise un staff avec l'ensemble des cadres supérieurs de pôle, auquel se rajoutent un cadre supérieur référent qualité et gestion des risques (rattaché à la direction de la qualité) et un cadre supérieur référent de l'informatisation. Une fois par semaine, un point (plus en cas de nécessité) est fait avec chaque cadre de pôle, y sont évoqués l'atteinte des objectifs et les difficultés rencontrées.

¹⁵ Les Cadres des pôles réa urgences, spécialités, médecine sont à côté de la DS. Les cadres des pôles Imagerie, Labo, FME, Bloc, Cardio, Oncologie ont des bureaux dans leur service.

Dans l'autre établissement, la Direction des Soins est composée d'un CGS assisté d'une secrétaire. Les différents cadres de pôle peuvent être chargés de missions transversales. Mais au moment où nous sommes en stage, deux cadres supérieurs sont en maladie, pour des périodes longues, et cela désorganise les missions transversales. De manière générale, il y a une pénurie de cadres de santé sur l'ensemble de l'institution. Plusieurs années de difficultés budgétaires n'ont pas permis l'anticipation de certains départs. Le CGS se rend rarement dans les unités de soins, travaille surtout dans son bureau, qui est d'un accès plus difficile pour les cadres de santé, voire pour les cadres de pôles. Le contact avec la partie clinique et médico-technique se fait surtout lors d'une matinée de travail avec les cadres de pôle, et des réunions du CLAN, CLUD, COMEDIMS et de la CSIRMT. D'une manière générale, les relations de la DS avec l'activité de soin manquent de fluidité. D'un point de vue géographique, la DS est située au rez-de-chaussée de l'aile administrative, à l'écart des bâtiments consacrés aux soins. Les bureaux du CGS et de sa secrétaire jouxtent ceux de la DRH, les deux directeurs sont séparés par leur secrétariat. Les services de la DRH s'étendent sur le reste de l'étage. La Direction Générale et les autres directions fonctionnelles occupent l'étage supérieur. Le bureau du DG est entouré par celui du directeur adjoint chargé de la qualité et de la gestion des risques (qui a sous sa responsabilité un cadre supérieur, « *bed manager* ») et le cadre de santé référent qualité. Celui-ci venant de partir, nous occupons ce bureau durant notre stage. Il est à signaler que deux mois après la fin de notre stage, les deux DS de l'établissement doivent échanger leur poste. Notre tuteur prendra la direction de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et de l'Institut de Formation des Aides-Soignants, et le DS de l'IFSI la Coordination Générale des Soins. Cet événement à venir a pu quelque peu altérer le fonctionnement habituel avec le reste de l'établissement. Mais, le passage de relais et d'informations entre les deux DS a été d'une grande richesse et a témoigné d'une excellente collaboration dont nous avons bénéficié.

Après ce détour important par les Directions des Soins que nous analyserons dans le troisième chapitre de cette deuxième partie, nous allons décrire les terrains de stage qui ont permis nos observations.

Le CHA est un établissement, du sud de la France, de 870 lits et 52 places. C'est le centre hospitalier de référence d'un territoire de santé qui correspond à l'intégralité du département. Au-delà de ces limites départementales, le CHA voit sa zone d'attractivité englober les populations du nord du département voisin et d'une partie d'un autre département, la population du bassin atteignant ainsi près de 600 000 personnes. C'est un carrefour routier important entre le Nord et le Sud, l'Espagne et l'Italie.

Il comprend :

8 pôles cliniques : Cardio-vasculaire et maladies métaboliques/ Cancérologie/ Médecine/ Femme, Mère et Enfant/ Urgences et Activités Transversales/ Filières personnes âgées/ Spécialités chirurgicales/ Maladies de l'appareil digestif et abdomen.

3 pôles médico-techniques : Laboratoires/ Imagerie/ Bloc Opératoire.

2 pôles médico-administratifs : Production, Approvisionnements et Services Logistiques/ Qualité, Santé Publique.

1 pôle management : Gestion administrative, financière et stratégie.

Il emploie 2677 personnels non-médicaux et 356 personnels médicaux.

La situation financière est préoccupante quand nous arrivons en stage, après un retour à l'équilibre en 2012, les comptes se sont brutalement dégradés en 2013. Les deux premiers Contrats de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) ont permis de revoir certaines modalités d'hospitalisation, avec l'ouverture d'hospitalisation de semaine. De nouvelles organisations de travail en 38h, avec diminution du nombre de jours de RTT accordés aux personnels (17 au lieu de 19), ont été négociées avec les partenaires sociaux. Les services, où cela semblait possible et intéressant pour la continuité des soins, sont passés en 12 heures.

Mais 2014, s'ouvre sur une capacité d'investissement réduite, une dette importante. Dans les instances auxquelles nous assistons, la prise de conscience est brutale. En Directoire, le président de la CME et les autres membres du corps médical semblent prendre la mesure de la situation. L'encadrement paramédical est aussi engagé avec dynamisme dans les mesures à prendre. Nous quittons en février un établissement en ordre de bataille face à la crise rencontrée (nous semble-t-il). Sept mois plus tard, quand nous revenons pour le deuxième stage, rien n'a encore été fait et le déficit s'est creusé, les banques sont de plus en plus hésitantes pour couvrir les lignes de trésorerie. Plus grave encore, alors que les mesures à prendre semblent plus sévères, l'encadrement a perdu tout dynamisme et ne comprend pas ce qui a empêché le travail de commencer. Pire, il a l'impression de produire un travail inutile, de faire et refaire. En Directoire, les médecins ne sont plus aussi convaincus. Certains ont l'impression d'avoir construit un projet de pôle, alors qu'un contre-projet était déjà prêt dans les cartons de l'administration. Dans ce moment de tension, le CGS continue un travail de liaison, entre les pôles, les services cliniques et administratifs, les syndicats et l'encadrement. Il reconnaît ce qui a déjà été fait, se montre soucieux de la fatigue de certains, donne du sens à ce qui doit être fait. Il nous semble que dans ce moment où la tentation de la Direction pourrait être de se replier sur la DAF et le contrôle de gestion, le DS continue à porter les valeurs de l'institution,

mais rappelle simplement que pour continuer demain la mission de l'hôpital, il faut prendre des mesures aujourd'hui.

Pour notre deuxième stage, nous nous sommes rendus au CHIC. Nous arrivons en stage au moment où débute l'intérim du DG sur un hôpital voisin, préfiguration d'une future direction commune, et d'une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) intégrant un troisième établissement. Sur le CHIC, le projet d'établissement n'avance pas rapidement. De fait, le projet médical et le projet de soins ne sont pas écrits. Pour le DG, en poste depuis 2 ans et demi, la politique de conduite du changement arrive au point où il est nécessaire de modifier les organisations de travail, et pour lui, cela suscite un certain nombre de résistances qui se sont manifestées lors du dernier Directoire.

Le CHIC est un établissement localisé sur 2 sites (très proches, les 2 communes se touchent), l'un pour le secteur Médecine/Chirurgie/Obstétrique (MCO) et Psychiatrie, l'autre pour les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et les Soins de Longue Durée (SLD).

Le CHIC a 517 lits en hospitalisation complète et 94 places.

24 032 entrées représentant 168 775 journées d'hospitalisation et 44 691 passages aux Urgences.

Il emploie 1545,48 Équivalents Temps Plein (ETP), 1376,93 ETP non médicaux et 168,55 médicaux.

Il comprend 7 pôles cliniques : Médecine/ Interventionnel/ Femmes, Mères, Enfants/ Gériatrie/ Psychiatrie/ Activités Médicales Transversales/ Urgences, Brancardage, Réanimation

1 pôle administratif et 7 pôles cliniques :

En 2013, l'hôpital a dégagé un léger excédent, ce qui est venu réduire sa dette antérieure. Mais la dette reste forte, la capacité d'emprunt limitée et l'investissement réduit. L'hôpital semble bloquer. La DS semble en retrait, sur des positions défensives très peu proactives, il n'y a pas de projet de soins, la permutation des deux DS participe certainement à cet état de fait. Les deux Directoires auxquels nous assistons sont très tendus, malgré un président de CME très soutenant. Le message du DG sur les nécessités de changer les organisations ne passe pas auprès du corps médical. Les valeurs de l'hôpital et ses nécessaires restructurations semblent reposer sur la Direction Générale, avec le soutien des directions fonctionnelles. Les relations avec les organisations syndicales sont celles d'un vrai partenariat, tout au moins avec le DRH et le DG. Il n'en va pas de même avec la DS, absence totale de relation, et critiques répétées en CTE et CHSCT à l'encontre de la

Direction des Soins et de l'encadrement paramédical. En Commission de Formation, une organisation syndicale demande que soient recrutés des cadres de l'extérieur, plutôt que par la promotion professionnelle, et dénonce une certaine immobilité.

2.2 Les entretiens

Pour répondre à notre questionnement, nous avons fait le choix de mener des entretiens semi-directifs. Les entretiens avec les DRH, cadres de pôle, cadres de santé et organisations syndicales ont été conduits sur nos lieux de stage. Ceux avec les DG et DS ont pour certains été menés en dehors des lieux de stage. Ces entretiens sont venus compléter nos observations de stage.

Les questions étaient les suivantes :

Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?

Nous voulions, non seulement avoir une représentation de notre interlocuteur et de son parcours, mais aussi développer un climat de confiance, propice à l'entretien.

Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?

Nous cherchions par cette question à confirmer pour l'ensemble du système hospitalier français, l'idée que le changement était encore en cours. Nous voulions voir comment pour chacun de nos interlocuteurs se dessinait l'avenir de l'hôpital et si possible déceler des niveaux de compréhension ou des pistes différentes.

Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?

Il s'agissait de voir comment notre interlocuteur situait son établissement dans le paysage de changement décrit précédemment. Quels étaient les liens et comment se construisaient-ils ?

Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles : des contraintes ? Des opportunités ?

La crise est-elle un moyen de se réformer ?

Que permet un contrat de retour à l'équilibre, que l'on n'a pas pu faire avant ?

Etouffe-t-on sous les injonctions parfois paradoxales ?

Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?

Il nous paraissait important de savoir dans quelle mesure nos interlocuteurs arrivaient à anticiper, à construire un projet intégrant le changement pour répondre à des tendances. Est-ce qu'au contraire, l'avenir leur apparaissant trop incertain, ils se situaient plutôt dans la réponse ou la réaction, en fonction d'une demande, finalement toujours nouvelle.

Que pensez-vous du management durable ?

Nous avons posé, la question avec le mot soutenable, mais sans succès, donc nous sommes passé à durable. Nos interlocuteurs étaient-ils informés de ce type de management ? Quelles constructions faisaient-ils de ces deux termes ?

Place et légitimité du DS dans ce management ?

Nous voulions savoir, si la dimension clinique de la fonction de DS, ou son expertise dans l'organisation des soins et dans le management des paramédicaux plaçait, de l'avis de nos interlocuteurs (DS ou non), le DS dans une position plus favorable que les autres directeurs pour exercer un management soutenable.

Performance et qualité de vie au travail ?

Enfin, nous voulions savoir, si l'on pouvait associer des éléments apparemment très dissemblables, voire opposés comme performance et satisfaction au travail. Nous étions intéressé par la façon dont nos interlocuteurs allaient construire un lien ou une opposition entre l'un et l'autre.

Les DG que nous avons rencontrés ont tous une longue expérience de directeur d'hôpital. Certains ont, avant leur poste actuel, occupé un poste de directeur général dans un autre hôpital. Auparavant, pour ceux que nous avons rencontrés, ils ont parfois été DRH.

Leur vision de l'avenir de l'hôpital est très orientée vers des restructurations de l'ensemble du parc hospitalier. Se dessine au travers de leurs discours un avenir de concentration et de fusion, avec de fortes reconfigurations. Ils envient quelquefois la liberté du secteur privé et pensent globalement que les jours à venir seront encore plus difficiles, surtout pour ceux rencontrés après le nouveau plan d'économie et les précisions apportées par le DG de l'ARS.

L'avenir de leur hôpital, à une exception près, semble buter sur une résistance au changement de la part du corps médical. Pourtant en règle générale, il y a une bonne collaboration avec le président de la CME. Ils pensent se diriger vers des regroupements, mais rencontrent, sauf quand il y a une direction commune, l'opposition de leurs collègues. Les regroupements semblent être une option forte, mais des jeux de pouvoir et des craintes freinent considérablement ce mouvement. Ils sont inquiets pour leur établissement, d'autant plus lorsque les marges de manœuvre financière sont étroites. Pour ceux d'entre eux, dont la situation financière est équilibrée, ils se situent dans une stratégie de conquête des parts de marché du secteur privé, et privilégient le secteur public : « si les gens ne peuvent être opérés à l'hôpital de X, alors, je préfère qu'ils viennent dans mon établissement, et si nous ne pouvons pas les opérer nous les dirigerons vers le CHU de recours. » En l'occurrence, la CHT se dessine alors autour

d'une coopération entre proximité et recours, mais toujours en privilégiant le secteur public.

Les exigences économiques ou législatives sont vécues aujourd'hui comme des contraintes, du fait de leur accumulation et succession trop rapides. Auparavant, elles ont pu être vécues comme des opportunités et c'est encore parfois le cas aujourd'hui. Les 35 heures restent une difficulté majeure et la situation de contrainte budgétaire permet de revisiter les accords locaux sur la réduction du temps de travail. La plupart de nos interlocuteurs ont des échanges de bonne qualité avec les organisations syndicales, malgré une tension certaine liée aux élections professionnelles de fin d'année.

Si le management du changement apparaît d'un point de vue théorique tendre vers l'anticipation, dans la réalité, il est plutôt réactif. Les raisons sont diverses :

- l'activité d'un service qui diminue contre toute attente,
- un nouveau praticien ou la maladie d'un chirurgien,
- la fin d'une ligne de crédit liée à une Mission d'Intérêt Général (pour l'Education Thérapeutique) ou insuffisante pour une mission particulière (SMUR).

Comment anticiper, quand les tarifs changent chaque année ?

Que dire des malfaçons lors de travaux, qui entraînent des surcoûts importants pour l'hôpital ? Par exemple, la nécessité d'une équipe de sécurité incendie surdimensionnée pour obtenir l'autorisation de la commission de sécurité.

Enfin, l'exemple de quelques collègues qui ont restructuré tôt (alors qu'ils étaient en dotation globale) et n'ont aujourd'hui plus de marges de manœuvre.

Le management soutenable ne fait pas partie du vocabulaire de nos interlocuteurs, le management durable à peine plus. Les liens sont surtout faits avec le management du développement durable dans lequel certains sont engagés. Après quelques explications sur les termes, les DG ont souvent des valeurs et des préoccupations qui ne sont pas très éloignées du management soutenable, mais sont, en fonction des difficultés de leur établissement, centrés sur d'autres priorités.

Par contre, la légitimité du DS dans ce management leur semble forte. Ils veulent des DS en lien étroit avec le terrain, donnant du sens à l'action et au changement. Expliquant la situation et désamorçant les situations de crise. Pour certains la légitimité du DS est plus contestable en Directoire : « Le Directeur des Soins, ne peut pas défendre en Directoire un point de vue autre que celui du Directeur et de l'équipe de direction. » Les DG semblent attendre que le DS explique la politique de l'établissement aux paramédicaux. En même temps, ils sont, bien qu'attentifs au terrain, parfois exaspérés par les informations et les limites qui en remontent.

La performance semble prendre le pas sur la qualité de vie au travail, par nécessaire souci de l'avenir. Les regards sont plutôt fixés sur les tableaux de bord témoignant de l'activité, de la Durée Moyenne de Séjour (voire de l'Indice de Performance de la DMS).

Nous avons rencontré deux DRH. Ils ont tous deux une longue expérience de leur poste. Pour l'un dans le même établissement durant toute sa carrière, pour le second, il vient d'un grand CHU. Ils partagent un certain nombre de jugements avec les DG. Nous ne reprendrons donc que les points qui diffèrent.

L'un met l'accent sur le travail qu'il fait sur la Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et Compétences (GPEEC), sur le dialogue avec les organisations syndicales. Il est conscient des difficultés de son établissement liées au recrutement des médecins (il est aussi directeur des affaires médicales). Cette problématique met en péril certaines spécialités. Il est persuadé que la meilleure manière de manager le changement est l'anticipation : « La GPEEC va dans le sens de la pro activité, une fois que nous aurons mis en place toutes les procédures, nous pourrions anticiper sur nos besoins. » Si le management soutenable ne lui est pas familier, après quelques éclaircissements, il s'y reconnaît tout à fait. Il est persuadé de la légitimité du DS en la matière, malgré une très faible collaboration avec son collègue actuel. La performance ne lui semble pas en opposition avec la qualité de vie au travail.

Le deuxième, décrit un établissement assuré à la fois de son avenir, car attractif et établissement recours pour les autres hôpitaux du département, mais très lourdement menacé par son endettement. Il est exaspéré par les CREF successifs et décrit une sorte de "course défensive", pour sauver l'établissement. Il insiste sur le côté paradoxal. « Les contraintes diverses pourraient être l'occasion de mettre de l'ordre, mais pour l'instant c'est nous qui assurons la survie des petits hôpitaux, et en même temps eux sont à l'équilibre et nous en déficit ». Par conviction, le management soutenable l'attire, mais en même temps son établissement doit supprimer 120 postes sur 3 ans. Il soulignera, plus tard dans l'entretien, que l'on rajoute avec la Qualité de Vie au Travail une « couche » de contraintes, au moment même où il faut supprimer des postes. La légitimité du DS lui apparaît entière dans le management soutenable, mais il trouve la position du DS très ambigu, entre expertise et loyauté. « Le DS devrait sortir du directoire, de l'équipe de direction et assumer pleinement la voie originale qui est la sienne : l'expertise sur les soins. » Il prône une parole plus libre du DS.

Les cadres de pôles rencontrés ont des parcours différents, à l'intérieur du même établissement ou dans plusieurs hôpitaux. Ils ont une vision pessimiste de l'avenir de l'hôpital et trouvent qu'ils vont vers une situation de plus en plus difficile. Ils ont tendance à être plus centrés sur leur institution. Ils aimeraient être proactifs, mais trouvent que les injonctions de la direction ne sont pas claires, ou manquent de courage. Ils ont souvent

l'impression de s'avancer dans un travail qui n'est pas suivi d'effet, et sur lequel il faut revenir au gré d'une actualité qui ne leur paraît pas s'inscrire dans une politique définie. Leur dynamisme a tendance à s'éteindre, et ils soupçonnent les autres services (supports) de se décharger en permanence sur eux. Ils se battent sur tous les fronts, les personnels, l'administration, les syndicats. Ils réclament une ligne managériale claire et courageuse. Pour eux, le management du changement est résolument proactif, ils construisent avec les équipes et les médecins des projets souvent ambitieux et rigoureux, ils ne manquent pas de bonnes idées. Le management soutenable les séduit et ils ont des attentes sur le sujet (à leur demande, nous devons faire un exposé sur ce thème pour les cadres de santé). La légitimité du DS à mener ce type de management ne fait aucun doute pour eux, surtout dans l'établissement où le lien DS encadrement est très fort. Pour eux, la qualité de vie au travail et la satisfaction au travail sont clairement source de performance.

Les deux syndicalistes que nous avons rencontrés (au CHIC, seulement) sont infirmiers. Ils sont très au fait de l'avenir de l'hôpital en général et ont des points de vue sur le sujet proche des analyses de leur centrale. Sur l'avenir de leur hôpital la chirurgie les inquiète. Le secteur privé (pour le CHIC, ce n'est pas le cas du CHA) grignote les parts de marché. Les chirurgiens vieillissants ne sont pas assurés d'une relève. Les anesthésistes sont de plus en plus difficiles à recruter. Ils ne sont pas très adeptes du changement et préféreraient un retour vers des temps plus sereins. Ils sont favorables au management soutenable et travaillent dans ce sens (employabilité, santé au travail et maintien des compétences) avec la DRH. Ils regrettent de ne pas travailler avec la DS, qui pour eux a toute légitimité dans ce management. De fait, ils décrivent de bien meilleures relations avec la Direction Générale et la DRH qu'avec la DS et l'encadrement paramédical.

Nous avons rencontré les DS, soit au cours de nos stages, soit en dehors. Les parcours sont divers et variés. Ils font apparaître une réelle richesse dans les expériences professionnelles. Nous avons rencontré des collègues expérimentés, dans l'exercice d'une troisième carrière (cela vaut également pour les deux élèves DS interviewés). Ce qui ressort de ces entretiens c'est la volonté de faire tenir ensemble les éléments épars d'institution en situation difficile. Dans cette série d'entretien, un seul nous a paru très atypique : un DS, dans une direction des soins "bunkerisée", à quelques semaines de son départ, maintenant un lien avec quelques cadres et cadres supérieurs seulement. L'analyse tout entière de cet entretien tient probablement d'une très mauvaise entente avec le DG. Pour les autres, il y a une grande homogénéité. L'avenir du système hospitalier dans son ensemble est bien connu, le sentiment, que l'on va vers des changements plus difficiles, est largement partagé. Chacun connaît parfaitement son institution et est engagé dans les changements nécessaires. Les directeurs des soins sont à la fois préoccupés par l'arrivée de jeunes professionnels dont les compétences

sont encore celles de débutants, et par la lassitude des équipes qui les accueillent. Le vieillissement des professionnels les inquiètent. Les aides-soignants focalisent particulièrement leur attention, avec de forts taux d'absentéisme, une usure professionnelle importante et des limitations médicales d'activité.

Le management soutenable rencontre une certaine compréhension face à leurs préoccupations : *turn over* important, développement des compétences et santé au travail.

Les DS sont favorables à un management du changement proactif, ils le traduisent dans le projet de soins (et l'évaluent chaque année au travers de la réalisation des objectifs fixés). Ils constatent aussi qu'ils sont bien souvent dans la réaction, colmatant les brèches et maintenant le sens (le cap, la direction, mais aussi la signification, les valeurs). Dans un contexte très tendu, la moindre erreur de communication peut déclencher de graves difficultés : « Nous n'avons pas compris, c'est lorsque nous avons rajouté à des Urgences surchargées un poste (de 10h à 22h, sur le pic d'activités) que nous avons eu un mouvement de grève très dur, et qui a laissé des traces. » Les directeurs de soins n'ont aucun doute sur leur légitimité à manager le changement et sur leur expertise à le manager de façon soutenable. Ils revendiquent la connaissance de l'activité, des organisations, de l'encadrement, du travail avec le corps médical. Dans le même temps, par leur formation et leur expérience dans l'équipe de direction, ils revendiquent également la compréhension des problématiques actuelles de productivité. La performance leur paraît compatible avec la satisfaction au travail, avec le travail bien fait. Mais, ils doutent parfois de la satisfaction au travail, de la possibilité de bien travailler et pensent que cela diminue d'autant la productivité et la performance.

2.3 L'analyse du matériel de terrain

Les deux établissements, qui nous ont accueillis pendant près de 17 semaines, ont largement confirmé notre idée d'un changement toujours en cours : Changement dans les organisations, dans les contraintes financières, et dans le développement des coopérations. Pour les deux établissements, les CHT semblent plus importantes en matière de coopération que les Groupements de Coopération Sanitaire. Les deux établissements sont en position de force dans la CHT. Chacun est l'hôpital le plus important de la communauté. Ils assurent une direction commune. Les coopérations entre établissements sont l'un des bouleversements majeurs des années à venir et sont source d'inquiétudes pour les hôpitaux les plus petits. Elles sont plus faciles à concevoir quand on ne doit pas renoncer à certaines activités coûteuses, mais emblématiques : maternité, réanimation, chirurgie.

Lors de nos stages, notre participation aux instances et réunions a été l'occasion d'entendre le discours des différents acteurs en situation. La parole n'est pas forcément plus libre, plus sincère (que lors des entretiens), mais elle s'exprime de façon adaptée au contexte.

Ce fut l'occasion lors d'un CLUD, d'entendre les récriminations d'un médecin, accusant l'administration de ne pas lui accorder les postes que l'ARS aurait financés en regard de son activité. Nous avons entendu ce discours fréquemment. Il était accompagné de savants calculs, additionnant des fragments épars de pourcentage de temps de travail. Le personnel médical et non médical exprime le sentiment d'une injustice, d'une spoliation. L'activité, les efforts faits ne leur semblent pas reconnus.

Le DS peut alors, comme ce fut le cas dans ce CLUD, entendre les difficultés, voire la souffrance des personnels. Rétablir ce qui a été fait (les postes créés) et donner du sens à ce qui n'a pas pu l'être. Dans cet échange se joue à la fois la capacité à comprendre la nature du travail de soin, à expliquer les contraintes et les choix de l'établissement en fonction du contexte, et enfin à faire œuvre de pédagogie.

En CSIRMT, c'est le choix d'une intervention de la pharmacie sur l'usage du Paracétamol® sous forme orale plutôt qu'injectable. Le DS sait que l'économie ainsi réalisée parle aux soignants, car elle est associée à une diminution des risques pour le patient. De même, l'économie faite en réalisant la prescription de certaines substances médicamenteuses en Intra Veineuse plutôt qu'en passant par un flash, permet un gain d'efficacité et ainsi correspond davantage à la prescription.

Dans le contexte d'un CREF, ce sont des gains financiers qui ont du sens pour les soignants. C'est la possibilité de sortir de l'idée que la qualité et la sécurité des soins représentent forcément un coût plus élevé (la non-qualité a par contre toujours un coût très élevé). Cette reconnaissance du travail accompli par les soignants dans les unités de soins est source de satisfaction au travail.

Mais, c'est aussi, toujours dans cette tension née de la nécessité absolue d'un retour à l'équilibre financier, une prise de parole difficile, voire empêchée lors d'un Directoire. Notamment lorsque le DS doit défendre une politique de la qualité des soins, essentielle, mais coûteuse. La posture éthique (parce que clinique, ceux qui reçoivent des soins sont vulnérables)¹⁶ du DS n'est pas facile à tenir, car il est pris entre deux loyautés. La loyauté aux patients, au Soin et la loyauté à l'équipe de direction. Il doit arbitrer ce dilemme. Et répondre à la question, de ce que M. Foucault appelait la *parrésia* : le parler-vrai au pouvoir et à soi-même (FOUCAULT, 2009). Peut-être que ce « parler-vrai » est à réserver

¹⁶ Nous nous rapprochons là de ce que l'on nomme l'éthique du care. (MOLINIER, LAUGIER, & PAPERMAN, 2008)

à la rencontre singulière avec le DG, ou en équipe de direction. En public, cela laissera place à une loyauté qui peut imposer de faire silence. Si l'écart est trop important, source de dissonance, le DS doit partir. Mais en bonne logique, il semble préférable de contractualiser les relations autour de valeurs partagées, et d'un projet.

Les positionnements très différents des deux Directions des Soins nous paraissent avoir d'importantes conséquences. Cette localisation au sein de l'hôpital donne aux interlocuteurs de la DS des indications. L'une est située au cœur des soins, bien repérée par les soignants, même nouvellement arrivés. Elle apparaît comme une ruche bourdonnante, dans laquelle rentrent et sortent des informations. La DS est alors un carrefour névralgique de l'information. L'information n'y est pas qu'en transit, elle fait l'objet d'un travail de traduction. Traductions entre la ligne stratégique et la ligne opérationnelle sont permanentes. Du Directoire, du CoDir viennent les injonctions stratégiques, le sens pour l'action que le DS va leur donner, va déterminer les résistances opérationnelles. Il en va de même dans l'autre sens. Parfois, le DS est entre, parfois il est au cœur. Pendant le CoDir, il peut influencer sur une façon de présenter une option, ou sur l'option elle-même. En réunion avec les cadres supérieures, il peut participer à la construction du sens d'une restructuration. Il est au sens étymologique du terme intéressé (inter esse, entre les êtres), c'est-à-dire celui qui réunit et celui qui sépare.

Dans cette situation, nous avons vu tous les cadres supérieurs venir à la direction des soins, beaucoup de cadres et de soignants également. Mais, jamais un autre directeur ou un médecin n'est venu. C'est toujours le DS qui s'est rendu sur leur territoire, dans le bâtiment administratif, ou dans un service pour rencontrer un médecin. Cela nous apparaît comme une limite.

Dans l'autre cas, la Direction des Soins est située dans le bâtiment administratif. Nous ne savons pas, si cette localisation est la cause réelle de son isolement. Mais en tout cas, il nous a semblé que cet isolement, doublé de l'absence du travail de traduction exposait lourdement l'encadrement supérieur et de proximité lors des instances. Le travail de traduction est pour O. Cousin, l'essence du travail de management, soit pour donner corps à une intention, soit pour transcrire en actions concrètes une stratégie¹⁷. Les liens n'étant pas construits, par exemple, entre la Direction des Services d'Information et les unités de soins, les injonctions peuvent apparaître comme paradoxales et les résistances comme de la mauvaise volonté. En fait, il n'y a souvent qu'une incompréhension mutuelle. De plus malgré le positionnement dans le bâtiment administratif, la distance entre DS et

¹⁷ « Les cadres sont ceux pour qui cette traduction est pratiquement l'essence même de leur travail, en particulier lorsqu'ils encadrent, ce qui est le cas pour au moins les deux tiers d'entre eux. C'est sur la base de cet engagement de soi, par les mille et un détours ou ruses, que les acteurs reprennent aussi partiellement la main sur le travail, en jouant dans et avec le système, en cherchant à détourner les règles écrites, à stabiliser des règles non écrites ou à en imposer de nouvelles. » (COUSIN, 2008)

DG est importante. Nous avons pu constater (ayant notre bureau à côté de celui du Directeur) la richesse des échanges informels et la possibilité de régler très vite une question ou de partager une stratégie. La qualité de la relation avec le DG nous paraît conditionner la capacité du DS d'utiliser au mieux ses compétences.

Direction ancrée dans les soins ou dans l'administration, laissent entrevoir une autre possibilité. Celle d'une direction des soins ouverte sur les deux dimensions.

Les réunions de l'AFDS, nous ont permis de mesurer à quel point, principalement chez la population des aides-soignants, la problématique des restrictions médicales d'activité pouvait être prégnante. Nous avons pu également découvrir des propositions de l'AFDS en lien avec la dimension clinique : « les DS, à travers leur longue expérience de proximité, sont en capacité de percevoir très tôt les attentes des patients... » Ou « le corps professionnel des DS, [...] forme un réseau riche d'acteurs au cœur du soin. »¹⁸ Les DS s'appuient sur cette connaissance des patients, du soin et de l'organisation des soins pour faire des propositions.

Pour nos entretiens, nous tenons à souligner la disponibilité des professionnels qui ont bien voulu nous recevoir, malgré des agendas extrêmement chargés. L'ensemble de nos interlocuteurs a une vision assez précise de l'avenir de l'hôpital, des réformes ou des tendances qui se dessinent. Les directeurs d'hôpital et les directeurs des soins valident totalement l'idée que les changements les plus importants sont à faire. Les plus importants ou les plus difficiles, car ce qui se présente est de l'ordre d'une révision des façons de concevoir l'hôpital du XXI^e siècle. La question qu'ils soulèvent : comment restructurer un hôpital, de manière stratégique, quand on a une situation financière tellement dégradée qu'il ne reste plus de marge de manœuvre ? Ils ont parfois l'impression d'une difficulté croissante, entre des augmentations de la masse salariale dues à des mesures nationales (revalorisation d'une catégorie professionnelle, augmentation importante de la cotisation CNRACL). Dans le même temps, la définition de l'ONDAM hospitalier (en augmentation de 2% pour 2015) ne permet pas de financer l'augmentation naturelle de la masse salariale. Dans la plupart des cas, ils ont affaire à une population vieillissante, parfois en voie de précarisation, et ne peuvent espérer augmenter les activités les plus lucratives. Ils conduisent des restructurations qui *in fine* coûtent cher, par : exemple, en ne remplissant pas le nouvel hôpital de semaine, ou parce que les locaux ne permettent pas l'optimisation du nombre de lits par unité. Par contre les directeurs, dont le budget est équilibré, sont dans une situation bien plus favorable, et peuvent mettre en place une stratégie ambitieuse : de coopération avec les autres EPS, de conquête agressive de parts de marché avec le secteur privé. Mais il est à noter que

¹⁸ Propositions AFDS, fin juillet 2014 (exploitation du questionnaire du 17/02/2014, examen en Conseil d'Administration du 04/07/2014 et retour mails)

ces établissements sont situés sur des zones en développement, où la population active augmente, et voient une croissance régulière de leur activité.

Il nous semble bien plus facile de se restructurer quand on va bien. C'est le moment idéal pour le faire, cela permet d'avoir des marges de manœuvre pour déployer une GPEEC, véritable outil stratégique centré sur les évolutions de l'activité. La Commission européenne dans ses réflexions sur les restructurations dans les entreprises a collecté plusieurs rapports¹⁹ : « ils ont pour caractéristique commune d'insister sur la nécessité de développer une anticipation systématique des processus de restructuration. » (BRUGGEMAN, GAZIER, & PAUCARD, 2012/1). L'anticipation permet d'organiser, pour tous des transitions équitables et sûres, de mettre en œuvre une stratégie de soutien à l'innovation, d'organiser le redéploiement en cohérence avec les besoins de développement sur le territoire.

Certains dans l'hôpital, ne distinguent pas clairement quels sont les choix de leur institution. Ils sont pourtant très opposés les uns aux autres. En effet dans nos entretiens, se retrouvent sur ce point les représentants syndicaux et les cadres de santé, même s'ils n'en font pas la même analyse, ni n'en tirent les mêmes conclusions. Dans les faits, comme dans les discours pourtant tout les oppose. L'encadrement voit dans les syndicats la source de tous les maux et les syndicalistes font peu confiance aux deux premiers échelons de la ligne hiérarchique. Ils retrouvent un bon niveau de relation avec le DS ou le DG le plus souvent, et dans tous les cas avec le DRH.

Les cadres de proximité se trouvent, et dans une certaine mesure les cadres de pôles, sur la ligne de fracture entre le travail prescrit et le travail réel, là où apparaissent toutes les contradictions. Ils peuvent ainsi s'engager de façon contre-productive dans la défense à tout prix d'une stratégie. Et se sentir ensuite abandonnés, voire désavoués par un *top management* capable de changer de stratégie, pour éviter un échec certain. D'autant plus qu'une direction engagée dans des restructurations difficiles et courageuses peut elle aussi se voir lâcher par sa tutelle²⁰.

Les DS, quant à eux, sont au fait de l'avenir de l'hôpital en général et du leur en particulier. Ils ont l'impression qu'en matière d'organisation le maximum a été réalisé, que les derniers ajustements se feront à la marge, mais ne produiront que peu de gains. Effectivement, quand on a revu l'accord local sur le temps de travail, travaillé le passage

¹⁹ Dont le rapport Gyllenhammar qui indique : « le changement, induit tant par des évolutions économiques (globalisation des marchés, mondialisation des échanges, division internationale du travail) que techniques (nouvelles technologies), démographiques (vieillesse de la population des zones développées), voire climatiques, est désormais structurel, multifactoriel et forme le terreau des restructurations. »

²⁰ F. Dupuy décrit ce mécanisme, il indique que par « peur du social » et volonté de préserver le climat, les entreprises ou les administrations peuvent laisser se développer des poches de sous-travail avec le consentement de tous, syndicats et direction. (DUPUY, 2011) Ce qui est difficilement admissible en période de tension dans le travail et de performance.

en 12 heures là où c'était possible, réduit les temps de transmission, il ne reste plus beaucoup de marges. Et parfois, il y a plus à perdre qu'à gagner en passant de 38H par semaine, à 37H30. Dans le même temps les organisations en 12 heures voient leurs limites apparaître, temps de transmission demandé dans certains services, épuisement de certaines équipes, résistance des équipes de nuit. Les DS interviennent en permanence auprès des cadres de proximité (il faut épargner ceux qui sont en première ligne) pour les soutenir dans des difficultés liées aux contradictions de l'institution. Par exemple, la coexistence dans une même équipe d'agents en 10h et d'autres en 7h36, peut rendre la construction d'un planning équilibré pratiquement impossible. Les DS interviennent en permanence auprès des autres directeurs fonctionnels pour fixer des limites, indiquer ce qui est possible et ce qui ne l'est pas. Ils s'appuient en règle générale sur leur connaissance du cœur de métier de l'hôpital, sur leur connaissance du fonctionnement médical, et sur un réseau d'information dense et fiable généré par l'encadrement paramédical.

Pour eux, le changement à venir passe par une refonte de l'activité médicale, et ils travaillent en ce sens avec le président de la CME et les chefs de pôle. Ils pratiquent un management soutenable, sans le nommer ainsi. Ils sont soucieux du développement des compétences, de la formation, de la santé au travail et associent ces items à la qualité des soins. Ils passent beaucoup de temps à définir une organisation de travail, dans laquelle les jeunes professionnels peuvent se former, et où les plus anciens ont non seulement leur place, mais sont reconnus pour leur expérience. Ils ont l'impression d'être au sein de l'équipe de direction les tenants d'une éthique singulière, clinique, d'une éthique du soin, dans laquelle le souci pour le patient est dominant. Pour autant, ils n'ignorent pas les contraintes du contexte. Pour eux, il n'y a pas d'opposition entre performance et qualité de vie au travail, au contraire. Sur ce point, les cadres supérieurs les rejoignent, certainement parce qu'issu des métiers du soin, ils savent à quel point un travail bien fait est source de satisfaction.

3 Les préconisations pour un changement soutenable

« Les entreprises et les organisations ont une responsabilité juridique avec obligation de résultat réaffirmée par la jurisprudence quant à la préservation de la santé physique et mentale de leurs salariés. D'autres attentes se dessinent. Elles renvoient plus explicitement à la promotion de la santé au travail, la santé entendue ici non comme l'absence de maladie, mais bien comme la capacité à agir et à se construire dans un monde exigeant. ²¹» (HAS/Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail)

3.1 Reconnaître les acteurs directs de la production des soins

Les soins et leur production sont le fait d'acteurs. Ces acteurs au-delà d'un plateau technique plus ou moins fourni selon le type d'établissement sont la plus grande richesse des hôpitaux, et rappelons qu'il s'agit essentiellement d'un personnel qualifié.

Le soin n'est pas désincarné, il s'inscrit même peu à peu dans les corps des soignants. La manipulation et la mobilisation répétées jour après jour de patients plus ou moins algique, plus ou moins compliant, plus ou moins âgé, plus ou moins lourd, de jour comme de nuit²², weekends et jours fériés conduisent un certain nombre de soignants vers des Troubles Musculo Squelettiques (TMS) ou un risque d'épuisement, voire les deux. Et, que dire de la difficulté qu'il y a à côtoyer au quotidien la souffrance, la maladie et la mort. Les métiers du soin sont des métiers gratifiants, mais difficiles surtout quand la durée des carrières se rallonge.

Nous avons assisté à une intensification du travail (RAVEYRE & UGHETTO, 2006) et à l'apparition d'un sentiment d'urgence (vis-à-vis du changement continu, comme l'ont déclaré certains de nos interlocuteurs). Ceci est lié à la réduction des temps de séjour, au vieillissement de la population, à la multiplication des médicaments (avec des noms inhabituels pour les génériques), à la judiciarisation des relations soignants/soignés, aux vigilances, aux procédures liées à la qualité et à la gestion des risques. Les charges mentales et physiques ont augmenté. Dans la même période, nous avons assisté au vieillissement de la population soignante, recul légal de l'âge de départ en retraite, mais aussi précarité de certains (famille monoparentale, entrée tardive sur le marché de l'emploi ou difficulté d'avoir une carrière complète pour un public largement féminin). Vieillesse et intensification ne font pas bon ménage.

²¹ La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail. Rapport HAS/ANACT Novembre 2013

²² En France le travail de nuit pour les femmes, a connu trois périodes, interdiction totale (jusqu'à la loi du 19 Juin 1987), période transitoires avec des dérogations et autorisation absolue (depuis la loi du 9 Mai 2001). A l'hôpital la majorité des soignants sont des femmes.

La réponse à cette problématique soulevée par les deux DRH que nous avons interviewés, mais aussi les DS, lors d'une réunion régionale de l'AFDS, passe par deux éléments : la prévention et la prise en compte des atteintes corporelles ou psychiques conduisant à des restrictions médicales d'activité.

La prévention passe par une organisation et un état d'esprit différent. Cet état d'esprit se manifeste aussi dans la prise en compte des personnes en activité restreinte et de la place que nous leur faisons dans l'organisation des soins.

Sans négliger les changements dans la nature même du travail, peut-on dire qu'une organisation des soins produit plus ou moins d'intensification du travail ? C'est-à-dire, est-ce que le type d'organisation mise en place joue sur le sentiment d'intensification du travail ? Nous savons depuis les travaux d'E. Mayo et de l'École dite des relations industrielles qu'il existe des facteurs favorisant la motivation et la productivité (FRIEDMANN, 1946)²³. S'intéresser aux acteurs avec bienveillance, les traiter avec dignité et respect est la condition première de l'efficacité. L'autre leçon tirée par Mayo de son intervention à la *Western Electric*, c'est qu'il existe deux organisations, l'une formelle et prescriptive, l'autre informelle et réelle.

Essayons de traduire cela dans un modèle hospitalier et voyons quels principes d'action peuvent se proposer au DS. Il s'agit de penser une organisation formelle, support d'une organisation informelle facilitante. La première tentation, c'est de construire une organisation laissant une grande part d'autonomie aux soignants. Mais il nous faut être prudent. Les travaux récents sur France Telecom et Renault ont montré que des organisations fondées sur le principe de l'autonomie pouvaient aboutir à des catastrophes, en tout cas, si l'autonomie est pensée pour les individus, et non, pour les collectifs de travail. Les travaux sur la compétence de P. Zarifian attestent du nécessaire lien entre autonomie et équipe, groupe ou collectif. De plus, nous pouvons penser que l'autonomie n'est pas vécue de la même façon par un masseur kinésithérapeute et par une aide-soignante. L'éthos de certaines professions se prête plus que d'autres à l'autonomie. L'autonomie est à entendre comme la gestion des liens de dépendance. Dans une institution comme l'hôpital, il n'y a pas d'indépendance. C'est bien là l'enjeu de cette organisation des soins, donner un cadre précis à l'intérieur duquel chacun aura à déterminer son niveau de gestion de dépendance à la norme, son périmètre d'intervention et sa marge de manœuvre²⁴. Seul un cadre précis, connu de tous peut permettre cela.

En effet, l'organisation formelle doit être un repère, un référentiel qui indique la répartition des tâches à effectuer, les autorités et les compétences. Elle définit, pour le DS, ce que

²³ Pour une description et une analyse de cette expérience par l'un des fondateurs français de la sociologie du travail.

²⁴ C'est ce que nous avons pu observer dans un bloc opératoire, avec des Infirmiers Anesthésistes Diplômé d'Etat (IADE), des cadres, des chirurgiens et des anesthésistes.

chacun est censé pouvoir et devoir faire. Fiche métier, fiche de poste, missions, compétences et organigrammes vont la composer. Mais aussi les liens, les relations entre chacun, en un mot la coordination. La coordination est pour le groupe, l'équivalent du travail prescrit pour l'individu. Penser de manière formelle la coordination, à l'heure du parcours patient et de la gestion des flux, est capital. Il faut penser les articulations, et les penser sur le versant des patients, pas celui des professionnels. L'organisation de nos pôles n'est pas encore assez centrée sur le patient. Il faut penser à des découpages calqués sur le parcours du patient (filière très courte, courte, traditionnelle, aigue...) ou sur une population particulière (adolescents, personnes âgées, femmes mères enfants). C'est la forme que nous choisirons qui créera ou non les coopérations, les interactions, les besoins de communication. La coopération est pour le groupe, l'équivalent du travail réel. (DEJOURS, Sortir de la souffrance au travail, 2011)

Cela veut dire organiser le travail avec des groupes aussi hétérogènes que possible, pour faire naître une culture du « travailler ensemble ». C'est inscrire les identités professionnelles et leur diversité comme une richesse et une force. Reconnaître l'identité professionnelle de chacun est le meilleur moyen pour que les professionnels se reconnaissent entre eux. L'avenir n'est pas à l'hyperspécialisation (dans les hôpitaux moyens) mais à la mutualisation et à la polyvalence. Certains établissements étouffent sous l'avalanche de spécialités. Il faut créer les conditions de la mixité et du métissage dans l'organisation formelle. Pour cela il existe un terreau fertile : une culture professionnelle forte : être des hospitaliers et appartenir au service public (SAINSAULIEU, 2007), ce qui est revenu dans plusieurs de nos entretiens.

Toute la différence entre un service (pôle, unité ou hôpital) qui a une bonne dynamique de travail²⁵ et celui qui est dans une situation difficile, tient dans l'organisation informelle. N. Alter a largement introduit l'idée d'une entreprise dans laquelle la réussite passe par la coopération (ALTER, 2009). En effet l'hôpital qui gagne, peut-être composé de pôles moins efficaces séparément, mais plus efficaces collectivement, ayant une capacité à mobiliser les ressources du don de soi aux autres (ou à l'institution), engendrant ainsi le cercle vertueux de l'organisation coopérative. Ce qui vaut pour les pôles, vaut pour les équipes. Une équipe performante n'est pas forcément l'équipe qui a les meilleures compétences individuelles, mais celles qui ajoutent aux compétences collectives, la

²⁵ Nous préférons parler de dynamique de travail plutôt que de résultats, car nous ne pouvons négliger les éléments de contexte qui peuvent malgré une motivation certaine grever lourdement les activités. L'évaluation des politiques publiques, ne prend pas suffisamment en compte le public auquel on a affaire. Le temps nécessaire pour faire de l'Education Thérapeutique ne peut être le même, selon que l'Etablissement est situé en zone rurale, dans un quartier bourgeois ou dans une Zone Urbaine Sensible. Et si l'on calcule une moyenne l'un sera avantagé et l'autre désavantagé, hors l'un des enjeux forts de nos politiques de santé est bien l'équité.

compétence du collectif (dans la théorie de la complexité, d'E. Morin, le tout est supérieur à la somme des parties.)

Pour le DS, cela veut dire : Veiller à l'équilibre des pôles, avoir le plus souvent des règles de solidarité plutôt que de concurrence, considérer que l'on avance à la vitesse du plus lent de ses membres. Cela veut dire, sans relâche, faire travailler les uns avec les autres. Il n'y a qu'un « faire ensemble » qui permet de développer le « travailler ensemble ». Les pôles avec leur intention de mutualisation peuvent permettre la réalisation de ce challenge, mais ce n'est pas suffisant. La solidarité doit jouer entre les pôles avec un souci d'équité lié à l'activité. Le patient ne voit pas et n'évalue pas forcément le pôle le plus rentable. Et, il peut être plus sensible à la propreté des sols, à la qualité de la relation avec l'aide-soignante, à l'accueil de son entourage, qu'à l'excellence du chirurgien.

Il nous faut, président de la CSIRMT et membre de l'équipe de direction, proposer chaque fois que c'est possible, de faire travailler ensemble soignants et administratifs pour qu'ils se comprennent et comprennent qu'ils sont dans la même institution. Les soignants ne sont pas les seuls à avoir une éthique. Les administratifs ne sont pas les seuls à être rationnels. La confiance naît quand la reconnaissance du travail des autres, remplace la suspicion réciproque.

La coopération est une manière de signifier l'estime et l'empathie²⁶ réciproques et de marquer la reconnaissance accordée aux autres.

- Reconnaissance en tant qu'identification des aptitudes techniques et fonctionnelles du partenaire.
- Reconnaissance de la valeur humaine, technique ou relationnelle qu'on lui attribue.
- Et enfin, reconnaissance comme gratitude qu'on éprouve envers lui, sentiment qu'on lui est redevable de quelque chose et qu'on lui donnera en retour, pour traduire cette gratitude.

Le DS doit composer avec ces facteurs souvent impalpables. Reconnaître (nous l'avons vu lors du stage) la solidité d'une équipe dans la tempête. Souligner le soutien des autres équipes. Valoriser l'encadrement de proximité. Faire renaître la coopération et la solidarité. Lutter contre l'isolement des équipes.

Le climat général d'une institution, son « moral » se décrit au travers de l'entrelacs des relations sociales et individuelles, amicales et professionnelles, techniques et ludiques.

²⁶ Nous avons pu noter cette empathie au cours d'une réunion aux Urgences où l'équipe de jour a manifesté son inquiétude pour la fatigue de l'équipe de nuit, et son désir de modifier l'organisation du travail pour soulager, ceux qui n'étaient plus : « l'autre équipe » mais leurs pairs.

C'est cet ensemble d'éléments qui déterminera le degré auquel les équipes se dédieront à l'institution, et la fierté qu'ils ressentiront à en faire partie.

Pour le DS prendre en compte la pyramide des âges dans son ensemble c'est mettre en avant, solidarité et coopération. Trop souvent dans la société française, les deux extrémités de la pyramide des âges sont mal traitées. Il en est de même à l'hôpital, parfois, nous prenons seulement en considération, la tranche d'âge de 25 à 50 ans.

Pourtant, les jeunes professionnels doivent être accueillis et démarrer dans des conditions optimales pour permettre le développement de leurs compétences et garantir leur employabilité. Mais, arrêtons de vouloir fidéliser ceux qui n'ont pas vocation à l'être : « La fidélité, c'est la force d'inertie de l'âme, qui la maintient dans une voie une fois qu'elle s'y est engagée, lorsque l'impulsion qui l'y a conduite a disparu » (SIMMEL, 1999). Pour le dire autrement, ceux qui restent le font pour de mauvaises raisons. Parlons plutôt de professionnalisation, ou de parcours professionnel dans lequel un professionnel développe des compétences, avant de partir pour en développer de nouvelles. Si l'ensemble des établissements développe cette stratégie, tous seront les gagnants de cette mobilité qui n'est pas sans évoquer une forme de compagnonnage. Il faut, comme le dit, un cadre de pôle dans un entretien, laissé partir ceux qui le désirent.

La coopération, Alter l'explique, est liée à une forme d'échange particulier : donner/prendre/rendre, ce que l'on nomme don et contre don²⁷. C'est bien la nature des échanges qui ont cours dans les services. Mais le contre don peut être déplacé dans un autre lieu, ou changer de nature. Cela n'empêche ni de contractualiser la démarche, ni de fixer un temps minimum pour la validité de l'expérience. Mais, c'est admettre que dans un monde où le métier change, les professionnels peuvent être sur un parcours et non sur un poste. C'est leur chance d'être proactif, d'anticiper et d'être dans une dynamique : devenir compétent (sans jamais l'être).²⁸

Quant aux plus anciens, l'ergonomie de leur poste doit être pensée et sans doute dès avant qu'ils ne soient très anciens. Nous avons été frappé de voir le nombre d'aides-soignants ayant des restrictions de travail, que cela soit dans nos stages ou lors de réunions. Il faut donc étudier avec attention ces postes et envisager dès leur prise de fonction leur travail avec des ergothérapeutes. L'acquisition de matériels spécifiques

²⁷ La théorie du don, développée par Marcel Mauss, que certain complète par un quatrième temps : demander, donner, recevoir, rendre.

²⁸ Nous vous voulons ainsi nous démarquer de G. Le Boterf, qui parle d'un passage avoir des compétences/être compétent. Il nous semble que le devenir indique une visée et une dynamique, alors que l'être nous semble indiquer un état et une statique. (LE BOTERF, 2010)

comme les lèves malades ou les *bed movers* font partie de l'aménagement des postes. (Voir annexe 3).

D'autre part, leurs compétences doivent être reconnues et valorisées : dans le tutorat, la formation ou dans des missions transversales en lien avec leur expertise professionnelle.

Il faut jouer sur la plus grande flexibilité temporelle possible.

Le DS doit s'impliquer dans une autre vision des postes adaptés. Dans la Fonction Publique Hospitalière, 45 % des personnes handicapées sont des personnels reclassés, c'est deux fois plus que dans les autres fonctions publiques. Il faut prendre en compte de façon ouverte et valorisante ces professionnels, les accepter sans réticence. Transformer leur difficulté en richesse potentielle, pour l'équipe, pour le service, est une source de performance, dont toute la ligne hiérarchique doit se convaincre. Comme le dit S. Marquet : « l'agent en poste adapté est le reflet de ce que tout agent en bonne santé pourrait être demain » (MARQUET, 2013). Là aussi se construit de la confiance : « si demain je suis en difficulté, je ne serai pas abandonné, mais accueilli, j'aurai toujours une place. » Il nous semble que c'est un élément important de l'engagement et de la motivation de chacun dans le travail. Nous avons vu les effets dans l'entreprise du changement d'attitude vis-à-vis des cadres.

Salariat de confiance, de ce fait protégé, la crise les a transformés en personnel exposé, abandonné, licencié. Les cadres ont alors, en retour, massivement désinvesti l'entreprise. (ROUSSEL, 2007).

Tous les personnels à l'hôpital sont des personnels de confiance (après tout, nous leur confions des personnes, des vies) et doivent être protégés, au-delà de l'obligation pour l'employeur.

3.2 Organiser l'encadrement de proximité

Pour le DS, l'encadrement de proximité est un élément central de l'organisation des soins. Mais c'est un élément exposé, car sa mission principale se situe, au lieu même de toutes les turbulences. C'est-à-dire au point exact où se rencontrent le stratégique et l'opérationnel, le travail prescrit et le travail réel. Sans lui, pas de mise en œuvre de la politique de soins, pas de limite entre le possible du changement et l'impossibilité de changer. Le cadre de proximité peut distinguer ce qui est de l'ordre de la résistance au changement et ce qui est une difficulté réelle dans le travail.

En s'intéressant aux centrales nucléaires, C. Dejours a montré la place d'un encadrement issu du métier, pour la qualité et la gestion des risques (DEJOURS, Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance, 2007). Cadres de santé, et cadres supérieurs de santé sont issus des métiers de soins, cette connaissance d'un métier est complétée par une formation de neuf mois en management et en pédagogie,

sanctionnée par un diplôme. Cet encadrement expérimenté et relativement²⁹ bien formé, est-il employé au mieux ?

L'hôpital a vu le renforcement des exigences au travers de la qualité des soins et la gestion des risques, du droit des patients, des contraintes économiques. La nouvelle gouvernance est en place. A. Hatchuel en donne la définition suivante : « la gouvernance, c'est la conduite d'une action collective délibérée et systématique à partir d'une position d'autorité » (HATCHUEL, 2000). Action qui demande à la fois régulation et construction du sens de cette action au niveau opérationnel.

Dans la construction d'une politique des soins, c'est au cadre de santé de proximité de stabiliser, au moins localement le sens de l'action collective. Mais pour cela, il faut définir une organisation qui ne menace pas le cadre dans sa proximité opérationnelle. M. Detchessahar considérant que le cadre de proximité est dans l'impossibilité de faire son travail d'encadrement, appelle ce mouvement de retour : le "désempêchement" du management (DETCHESSAHAR, 2011/5). Le DS doit être particulièrement attentif à cet état de fait, en limitant :

- Le périmètre d'un cadre de proximité, nombre d'équipes, nombre d'agents, nombre de lieux, d'étages. Il faut que ses missions de (à) proximité soient réalisables. Cela ne doit pas exclure bien entendu un intérim sur une unité proche. Pour notre part, nous souhaitons, à l'exception de micro-unité, limiter à une unité de soins par cadre, pour l'ensemble des équipes de jours et de nuit.
- Les tâches connexes,³⁰ nous pensons qu'il ne faut pas surcharger les cadres de santé de missions transversales. Les missions transversales sont l'affaire de la Direction des Soins, et dans une moindre mesure des cadres de pôle. Les cadres de proximité doivent participer à un nombre limité de missions transversales, ayant des finalités managériales précises comme rencontrer d'autres cadres à l'extérieur du pôle ou acquérir une plus grande maturité institutionnelle en vue d'une promotion. Toutes les fois que cela sera possible, les missions transversales seront confiées, en fonction de compétences avérées, à des soignants, et notamment ceux qui ont des réductions d'aptitude au travail, avec si nécessaire un complément de formation.

Nous ne voulons pas, pour autant, dire que les cadres de santé ne doivent plus sortir de leurs unités. Nous pensons simplement qu'il faut aider les cadres de santé à se centrer sur la production des soins, la clinique, les pratiques professionnelles. Cela

²⁹ Le relativement, vient du fait que le programme de formation date de 1995 et se trouve en attente de réingénierie depuis plusieurs années. (RONGICONI, 2013)

³⁰ Quand nous avons rencontré les organisations syndicales, mais aussi des soignants et des cadres, tous se sont plaints de l'absence du cadre, certes pas toujours dans les mêmes termes.

doit se traduire par une centration du *reporting*, à partir de tableaux de bord dont les indicateurs sont utiles au cadre pour la compréhension de la production (au sens large) de son unité. Pour y parvenir, mettons en place des outils informatiques performants, communicants, véritables supports à l'activité de gestion, et capable d'extraire les informations utiles aux services supports. Ainsi sera dégagé, le temps qui fait défaut aujourd'hui pour le management des équipes. Et réservons les sorties hors de l'unité, pour de la formation (à donner et à recevoir), pour de l'analyse de pratiques professionnelles de management, pour du conseil et de la veille professionnelle.

Pourvu des supports adaptés, le cadre de proximité peut se consacrer au management d'une équipe. Dans le contexte d'une intensification du travail telle que la décrivent Ughetto et Raveyre, le rôle du travail opérationnel de coordination ne doit pas faire défaut au moment même où les exigences de coordination de l'activité augmentent avec sa complexité (réduction de la DMS associée à la lourdeur des prises en soins) (RAVEYRE & UGHETTO, 2006).

La mission première sur laquelle il nous faut recentrer les cadres de santé, c'est l'évaluation. Nous entendons par là, les trois composantes de l'évaluation, telles que les ont définies Vial et Bonniol : le contrôle, la régulation et l'accompagnement (BONNIOL & VIAL, 1997).

- Le contrôle. Dans le management soutenable, la confiance a de l'importance, mais la confiance n'exclut pas le contrôle. Le contrôle nécessite du temps et de la présence. Il doit être utilisé chaque fois que l'on connaît le produit ou la production, et les normes précises auquel il doit répondre. Il suffit alors de mesurer un écart et de le corriger jusqu'à sa disparition (ou contention dans des bornes acceptables). Parfois, au-delà du produit, on connaît également la manière très précise de le produire. Il existe une procédure ou un protocole, ou un guide des bonnes pratiques. Là aussi, contrôler veut dire mesurer un écart et le réduire. C'est aux cadres de proximité que nous confierons l'organisation de ce contrôle, dont certains éléments peuvent tout à fait être délégués. La délégation est associée ensuite à un compte rendu voire à un rendre compte. Les EPP ou les Comités de Retours d'EXpérience (CREX) rentrent tout à fait dans ce cadre. La simple observation du travail par le cadre, sa présence et sa parole participent à ce contrôle. La parole sur le travail, parole critique (positive ou négative), le rend visible et surtout rend visible celui qui l'accomplit.

- La régulation. C'est une autre forme du contrôle, on ne se situe pas hors normes. Nous sommes dans une situation où le produit est normé, mais pas sa production. Si l'on a des critères, ils sont puissants et peu précis : La sécurité, ou l'hygiène, par exemple, font partie de ces critères puissants, qui demandent à être déclinés. Il va falloir dans ce cas trouver une procédure qui fonctionne, permettant d'arriver à un produit conforme à la norme. Il faut que les cadres ouvrent un espace de discussion sur le travail, mais en même temps qu'ils puissent repérer sur quels points il y a lieu d'ouvrir la discussion. C'est là l'importance de leur présence lors des transmissions. L'autre possibilité se produit lorsque plusieurs procédures viennent se télescoper. La régulation est alors nécessaire. Il faut instaurer une vraie réflexion sur le « comment faire ». Ce temps est à valoriser, il est source d'innovation, de créativité en même temps que de reconnaissance. C. Dejours parle d'un jugement d'utilité, portant sur la conformité d'un produit, d'un soin, d'un examen, et d'un jugement de beauté ou d'esthétique, venant des pairs, portant sur la manière, la façon, la beauté du geste (DEJOURS, Travail : Usure mentale, De la psychopathologie à la psychodynamique du travail, 1993). Il est important que l'encadrement de proximité se situe à cet endroit précis de la reconnaissance du travail. Là où, au-delà du service rendu, le soignant est inventif, particulièrement habile, a su créer quelque chose de nouveau qui apporte du confort au patient, aux autres soignants. Ce soignant à reconnaître, à mettre en valeur, à encourager peut se situer à n'importe quel niveau de qualification. G. Hamel, n'hésite pas à dire que ce qui fait le dynamisme de firme comme Google, Gore ou Whole Foods, c'est que l'organisation laisse du temps (et même le prévoit et l'encourage) pour que chacun puisse travailler sur un projet personnel, pendant une quotité de son temps de travail. Cette liberté, cette reconnaissance du métier qu'Ughetto n'hésite pas à qualifier de protection contre la souffrance au travail³¹, est la source d'un engagement que le contrôle ne peut fournir.³² Ce jugement d'esthétique, cette reconnaissance doivent être le fait du cadre de proximité ou du cadre de pôle, et dans des situations plus extraordinaires du directeur des soins et du directeur d'établissement.

³¹ L'article de P. Ughetto défend que la santé des salariés est protégée par le fait d'avoir du « métier » qui aide les individus à réguler les épreuves du travail, mais que les réorganisations ne respectent pas toujours. (UGHETTO, 2011/8)

³² André Gorz, philosophe qui s'est intéressé au travail, pense que dans certains métiers, il ne faudrait travailler que de temps en temps, pour pouvoir être créatif. Bien sûr c'est très utopique, d'autant plus que chacun est sur un rythme différent. (GORZ, 2004)

- L'accompagnement, la recherche de sens surviennent quand il n'y a plus de norme ou pas encore de norme pour le produit ou la production. Ou bien quand l'arrivée d'une norme nouvelle bouleverse les règles de métier, les valeurs professionnelles. Le cadre, et cela paraît peu déléguable, doit organiser le débat entre les normes et les valeurs, pour redonner du sens à l'action. Y. Clot a montré, par exemple, que le conflit entre rentabilité et ce qui peut être interprété par les salariés comme une dégradation de la qualité du service rendu, est un facteur de mauvaise santé au travail. Si le temps n'est pas pris pour que s'instaurent de nouvelles normes, qui vont prendre la place des anciennes, c'est tout le sens du travail qui s'effondre. Le cadre doit organiser ce débat, et y apporter des informations. Dans la mesure du possible, ces débats devront s'organiser avec le plus de métiers possibles, voire avec les représentants des usagers. Il faut, nous ne craignons pas de le dire, du conflit dans le travail, et le travail des cadres c'est de garantir le cadre du conflit (les limites, le respect, l'écoute, une sorte d'éthique du débat) voire une culture de la polémique et de l'argumentation. « Pour réhabiliter le collectif, il faut sans doute tourner le dos à la communauté "protégée" et encourager au contraire la pratique de la dispute professionnelle. P 175 » (CLOT, Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux, 2010). Nous ne pouvons pas parler d'un travail vivant, d'engagement et de motivation sans ce conflit. Il faut simplement l'organiser et le contrôler. Il faut qu'au côté du consensus sur les bonnes pratiques, il y ait de la controverse sur le travail. Si ce temps est pris dans chaque unité, par chaque cadre de proximité, le consensus (comme dans le débat éthique) trouvé peut remonter au niveau du pôle, puis de l'ensemble de l'institution.

Dans les collectifs qui fonctionnent bien, les temps d'échange sont vraiment centrés sur le travail, c'est-à-dire sur les pratiques, sur les situations de travail. Ils sont conduits de façon régulière avec un temps suffisant. Ils sont animés par les cadres de santé, pas par des experts.

Cela demande au directeur des soins de développer avec une attention toute particulière l'axe management, véritable épine dorsale de l'organisation des soins. Il doit définir ce qui est attendu d'un cadre de santé de proximité : connaître le travail (le cœur de métier) et savoir s'en éloigner ; savoir utiliser les outils de pilotage et les adapter à ses besoins ; avoir des compétences en animation d'équipe, en conduite des analyses de situations professionnelles et savoir organiser le conflit³³.

³³ « Le conflit est la source même de tout agir. C'est pourquoi la tâche à accomplir, toujours, ici et maintenant, c'est de renouer avec lui. » (BENASAYAG & DEL RAY, 2007)

Il s'agit de construire un dialogue permanent qui, dans l'altérité des fonctions de manager et de clinicien, peut donner du sens à l'action de chacun et porter le projet de soin plus loin. L'amélioration de la qualité et de la performance de l'organisation passe par cette synergie pour favoriser une gouvernance clinique.

Les principes de la gouvernance clinique tentent de produire cette synergie en impliquant les professionnels dans le renouvellement de l'organisation et en impliquant l'organisation dans l'instrumentation et la régulation des pratiques des professionnels en agissant aux différents niveaux de soins. Elle est un espace où s'exerce l'autorité des différents acteurs en vue d'améliorer la qualité des soins et des services de santé. Il nous semble important, et une fois de plus, cela rejoint les réflexions de G. Hamel, d'impliquer chacun dans une réflexion commune sur l'organisation des soins. L'idée dynamique de Conseil est à (ré)introduire dans l'unité, le service, le pôle en y mêlant les usagers, pour développer démocratie sanitaire et fonctionnement démocratique des institutions.

3.3 Devenir un hôpital attractif

L'idée d'hôpital attractif nous vient des États-Unis, "magnet hospitals". Elle permet d'associer qualité des soins et satisfaction au travail. Le Canadien Yvon Brunelle en donne une définition très simple : « un établissement où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. » (BRUNELLE, 2009). Pour le directeur des soins, c'est un levier important pour le recrutement des paramédicaux, pour la lutte contre l'absentéisme, et un élément d'une dynamique du présentéisme. Une satisfaction élevée est associée à un taux d'épuisement professionnel inférieur et réduit le niveau de stress émotionnel. C'est une organisation des soins à mettre en place, visant à allier qualité des soins/ performance et satisfaction au travail. L'idée principale est d'attirer ou de retenir un personnel qualifié malgré des contraintes fortes. Ces contraintes sont liées à des techniques et des technologies de soins de plus en plus complexes, à l'abondance de protocoles qui peuvent venir se contredire, aux enjeux médico-économiques. Pour comprendre pourquoi l'on peut lier attractivité et performance, il suffit de comprendre qu'un fort roulement de personnel handicape un fonctionnement optimal et influe négativement sur les durées de séjour.

L'idée d'une performance étroitement dépendante de la qualité de vie au travail a fait son chemin, c'est aujourd'hui l'objet d'une partie importante de la certification. Le programme Pacte³⁴ est aussi une concrétisation de cet état d'esprit. Mais bien qu'assez proche, l'idée

³⁴ Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe, programme de sensibilisation au travail collaboratif expérimenté par la HAS en 2014.

de l'hôpital attractif présente des différences notables. Tout d'abord, ce sont les professionnels eux-mêmes qui certifient, et labélisent l'établissement. En effet, aux États-Unis, c'est l'American Nurses Credentialing Center ³⁵qui délivre le label Magnet Recognition Program®. L'autre différence essentielle, nous avons affaire à une évaluation centrée sur le travail. En effet, comme nous l'a fait remarquer un de nos interlocuteurs (DRH n°2), il est difficile dans la QVT de distinguer la part de l'environnement externe. Cette accréditation est centrée sur la satisfaction qu'apporte le travail.

Le Docteur M. Estryn-Behar, au travers de l'étude PRESST-NEXT, a analysé pourquoi et comment les professionnels paramédicaux quittent prématurément leur profession (ESTRYN-BEHAR, 2004). Les raisons de départ sont de l'ordre de l'insatisfaction au travail plutôt que des incitations financières. L'insatisfaction au travail est un facteur important de départ. Si le marché du travail ou l'environnement externe rend ce départ impossible, d'autres attitudes de retrait sont possibles. Il y a là les dangers d'une lutte contre l'absentéisme qui ne s'attacherait pas aux véritables causes. Il se produirait, alors, un effet contre-productif, une diminution de l'absentéisme et une stagnation de la performance, voire une baisse.

De leur côté, les Américains ont pu remarquer que les hôpitaux magnétiques ont pour caractéristiques un environnement de travail exceptionnel et une satisfaction particulière pour ceux qui y évoluent. De plus, dans ces hôpitaux, il y a une convergence entre les réponses des paramédicaux et celles de la direction sur ce qui rend leur établissement attractif. Ce consensus est propice à l'instauration de la confiance et vaut comme élément d'un contrat commun, non seulement entre paramédicaux et direction, mais aussi pour l'ensemble du personnel. Le maître mot c'est : « on nous écoute », les salariés sont alors les meilleurs consultants de l'entreprise. De ce fait un hôpital attractif, est un établissement où l'on expérimente plus facilement, et où l'innovation est plus facile.

Aujourd'hui, un hôpital attractif répond à huit conditions essentielles qui attirent ou retiennent le personnel paramédical, ont un faible *turn over*, et une forte satisfaction au travail parce qu'il donne des soins de qualité.

Ces huit conditions devront trouver leur place dans le projet d'établissement par le biais du projet de Soins et du projet Social. Un peu de redondance en la matière n'est pas gênant, elles s'inscrivent comme des valeurs fortes :

³⁵ Centre d'Accréditation des Infirmières Américaines.

Conditions/Critères	Indicateurs
Autonomie professionnelle des soignants	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation de modèles solides - <i>Evidence Based Nurse</i> - Subsidiarité/organisation au niveau de l'unité - Identité professionnelle.
Support fourni par l'administration	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion qui supporte et soutient - Sécurité au travail - Informations - Crèche.
Bonne collaboration entre médecins et soignants	<ul style="list-style-type: none"> - Harmonisation des temps de travail - DPC et EPP - Prescriptions médicales conformes à la réglementation
Reconnaissance de la valeur professionnelle des soignants et de leur leadership	<ul style="list-style-type: none"> - Formation continue - Cours dans les Instituts de Formation - Tutorat - Professionnalisation - Place de la CSIRMT dans le calendrier des instances.
Relations positives avec les pairs	<ul style="list-style-type: none"> - Reconnaissance des compétences des autres professionnels - Coopération - Sentiment d'appartenance
Ratio de personnel adéquat	<p>Tenir compte de l'intensification du travail :(DMS, âge moyen de la population prise en charge, charge en soin)</p> <p>Polyvalence et mutualisation</p>
Orientation forte sur le patient	<p>La clinique, et l'activité clinique sont centrales</p> <p>Le cœur de métier de l'établissement est le soin, (<i>care</i> et <i>cure</i>).</p>
Importance de la qualité	<p>La qualité des soins infirmiers de rééducations et médico-techniques a un impact fort pour le groupe professionnel.</p> <p>Développement des compétences et de l'employabilité</p>

Nous pouvons voir que sur ces huit conditions, une seule peut générer des coûts plus élevés, c'est le ratio adéquat. Cela peut paraître à contre-courant. Il nous semble pourtant qu'il faut aller vers ce modèle, en réduisant l'hospitalisation complète au minimum³⁶, tout en ayant le personnel adéquat. Il est intéressant de voir qu'en Suède on peut avoir un ratio

³⁶ Pour la satisfaction du patient, pour la diminution des risques ; pour la diminution des coûts, dans l'OCDE la France présente un nombre de lits par habitants supérieur à la moyenne et un nombre d'IRM inférieur.

Infirmière/lit de 3,69, pour répondre à un nombre de lits très faible et une polyvalence infirmière très importante (SCHERB & BIANCHI, 2012).³⁷

Qu'est-ce qui répond à ces conditions dans le management de l'établissement ? En somme, quels sont les indicateurs managériaux qui permettent le développement de ces conditions ?

Critères	Indicateurs
Favorisent l'autonomie et le dynamisme.	Connus pour leurs innovations, recherche en soins, publications individuelles ou collectives par des professionnels
Sont portés par des valeurs ancrées et partagées	Le projet d'établissement affiche clairement des valeurs qui fondent l'institution et ses missions. Assure la pérennité de l'hôpital dans les différents contextes.
Affichent une gestion souple et ferme à la fois	Souplesse et confiance, et rigueur sur d'autres points, notamment tout ce qui permet la coordination. Souplesse verticale et fermeté transversale, vigilance sur les articulations. Autocontrôle par les pairs et règles fournies par les valeurs partagées.
Comptent peu de paliers hiérarchiques	Gouvernance clinique, autonomie et gestion décentralisée dans les pôles, principe de subsidiarité.
Recherchent la productivité, mais avec l'appui du personnel.	Dialogue social important, les soignants sont les meilleurs consultants.
Ont un souci concret du client.	Le processus central est le processus de soin, les processus supports ont le même souci de qualité, le soignant est libéré des tâches annexes pour se centrer sur le patient. Utilisation de la méthode du patient traceur.
Privilégient l'action	La Direction est facilement accessible. On expérimente et on régule vite. Les erreurs sont travaillées (CREX)

La confiance est un élément important de ce modèle, confiance entre direction et professionnels, entre professionnels et direction, entre pairs, et confiance des usagers. La

³⁷ Pour compléter il faut dire que ce ratio inclut les différents niveaux de soignants, et que la Suède n'a pas une réglementation détaillée des actes infirmiers mais des lois plus générales portant sur la nature de l'acte infirmier, ce qui permet une grande adaptation aux besoins.

confiance évite la multiplication des contrôles. L'autoévaluation diminue les règles tatillonnes.

La satisfaction des soignants au travail est corrélée à la satisfaction des patients, ce qui est en soi un élément de reconnaissance. Elle permet également une plus grande confiance dans le service, une plus grande compliance au traitement, une meilleure réponse aux rendez-vous ultérieurs, une fidélisation du patient et, ainsi une plus grande efficacité.

Les attributs magnétiques ou attractifs (leadership, autonomie, participation à la décision, soutien organisationnel, relations collégiales médecins/soignants) produisent trois sortes d'effets :

- Attitudes positives au travail : Satisfaction au travail, moins d'intentions de départ, moins de *burn out*, plus d'engagement.
- Une performance en gestion des ressources humaines : moins de *turn over*, d'absentéisme, d'accidents du travail et plus d'efficacité perçue et d'attractivité.
- Une performance organisationnelle : diminution des Evènements Indésirables liés aux soins avec l'usage de bonnes pratiques, satisfaction des patients, sécurité des soins, efficacité.

Ces effets vont à leur tour, renforcer l'attractivité de l'hôpital et alimenter ainsi le cercle vertueux de la satisfaction.

Conclusion : Responsabilité Sociale des entreprises et Qualité de Vie au Travail.

Nous pouvons penser que la première phase du changement à l'hôpital se termine, ou pour certains établissements, est terminée. La première phase était une phase de restructuration de l'hôpital. La seconde, qui s'ouvre devant nous, est une phase de recomposition, plus difficile encore. Elle marque la transition d'une bureaucratie professionnelle, vers une organisation éclatée, confrontée à un mode d'industrialisation spécifique aux entreprises de service, à la santé comme bien consommable, à la judiciarisation. (MOSSE & PARADEISE, 2003/3). Cela signifie que l'hôpital perd sa place centrale dans le système de soins. C'est l'inscription dans une CHT aujourd'hui, ou dans un GHT demain, volontaire ou obligatoire. C'est la perte de certaines activités, au profit d'un autre membre du groupe. Ce sont des choix difficiles. C'est une pensée du flux et de la circulation. Cette dynamique impose une cartographie des risques, certes, mais aussi des compétences actuelles et futures. Doit-on continuer à déplacer le patient, ou doit-on déplacer la compétence, avec des équipes de plus en plus mobiles ?

C'est un moment difficile pour les hôpitaux. Un de nos interlocuteurs l'a exprimé ainsi : « on ne ferme pas l'hôpital, et on ne peut pas envisager qu'il disparaisse, mais en même temps, il s'étouffe peu à peu, n'ayant plus les moyens d'investir ou de remplacer le matériel usagé. Il faut que l'on trouve des marges de manœuvre. »

Un effort sans précédent, et dans le même temps de nouvelles exigences font leur apparition. Pour l'Europe, c'est la Responsabilité Sociale des Entreprises (RSE). Pour la HAS, c'est la notion de Qualité de Vie au Travail. C'est dans ce contexte que le management soutenable prend tout son sens. Pour le DS, accompagner la recomposition hospitalière sera un enjeu fort des années à venir. Il lui faudra maintenir l'attractivité d'un hôpital, malgré la fermeture éventuelle de certaines activités. L'attractivité devra se penser au travers d'une CHT, avec une souplesse nouvelle, une satisfaction au travail renforcée en périphérie, une technicité accrue au centre, et des valeurs partagées. Pour le DS, cela signifie, s'attacher au flux des connaissances et des compétences, travailler l'employabilité en valorisant toutes les expériences et toutes les mobilités. Il faut penser l'ergonomie des postes de travail, accepter l'immobilité physique de certains en encourageant leur mobilité psychologique. Au sein d'une CHT, cela signifie aussi penser et afficher clairement les modalités de la mobilité des soignants³⁸. Les limites dans le temps d'exercice de nuit ou en 12 heures sont à réfléchir (contractualisation), en concertation avec les partenaires sociaux et le service de santé au travail. En effet, nous avons observé que certains agents en *burn*

³⁸ Mais aussi que la coordination entre DS soit formalisée, pour qu'il y ait une place pour la coopération.

out, demandaient un changement de service, tout en restant de nuit et en 12 heures. Il nous a semblé, en les écoutant attentivement, que le service n'était pas la cause réelle de leur épuisement.

Notre avenir professionnel va aussi se construire autour de la RSE. La Commission européenne a défini la responsabilité sociale de la façon suivante en 2002 : « L'intégration volontaire par les entreprises des préoccupations sociales et environnementales à leurs activités commerciales et leurs relations avec leurs parties prenantes. Être socialement responsable signifie non seulement satisfaire aux obligations juridiques applicables, mais aussi aller au-delà et investir "davantage" dans le capital humain [...] par exemple dans le domaine de la formation, des conditions de travail ou des relations entre la direction et le personnel, peut également avoir des retombées directes sur la productivité. »³⁹

Remarquons tout de même qu'en 2011, l'intégration est devenue obligatoire. Mais, ce qui nous intéresse particulièrement pour notre sujet, c'est le lien qui est fait entre le management social (pour nous soutenable) et la productivité. La performance sociale est un facteur de la performance économique. Ainsi l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), le 29 août, aux Universités d'été, a posé la question suivante : « Comment mobiliser les professionnels de santé pour réussir le changement ? » L'objectif renvoie bien à la gestion interne des établissements avec l'idée que tout changement réussi, nécessite l'adhésion préalable du personnel et la priorisation de la coopération sur la coordination. C'est bien là que nous avons situé le DS et le management soutenable : une coordination qui ouvre sur la coopération et un débat avec les acteurs, sur le sens du travail et des activités de l'hôpital. Déjà en 1998 le rapport du groupe Gyllenhammar⁴⁰ recommandait :

- Une main-d'œuvre motivée est un gage de réussite. Il incombe aux entreprises de préserver l'employabilité de leurs travailleurs, alors que les travailleurs ont la responsabilité de saisir et de mettre à profit toutes les possibilités de formation qui leur sont offertes.
- Développer le dialogue social pour en tirer tout le potentiel à tous les niveaux.
- Les entreprises devraient assumer la principale responsabilité en ce qui concerne l'anticipation du changement.
- Toute entreprise procédant à des licenciements sans avoir pris les mesures nécessaires pour sauvegarder l'employabilité des travailleurs licenciés, devrait se voir refuser l'accès à des subventions publiques.

³⁹<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52011DC0681&rid=6>

⁴⁰ «Gérer le changement» (novembre 1998), le groupe a présenté des recommandations adressées aux décideurs politiques, aux chefs d'entreprise ainsi qu'aux partenaires sociaux.

La Haute Autorité de Santé (HAS), quant à elle, dans la nouvelle procédure de certification des établissements de santé, dites V2014, insiste sur la qualité de vie au travail. Celle-ci devient une Pratique Exigible Prioritaire⁴¹ (ou une thématique). Pourtant V. Ghadi, chef de projet au service développement de la certification de la HAS précise : « Je ne sais pas si un jour on sera en capacité de mesurer un niveau de qualité de vie au travail. Ce qui est sûr, c'est qu'aujourd'hui, nous ne le sommes pas. On va [regarder] s'il y a une dynamique enclenchée, une mobilisation de l'établissement »⁴². En effet, la qualité de vie au travail repose en grande partie sur la capacité de l'organisation à promouvoir, soutenir et reconnaître ce travail de « care » contribuant à la qualité des soins apportés aux patients. Le travail de care est un travail que les auteurs considèrent comme invisible. Le DS est bien placé pour reconnaître ce travail, le rendre visible. Le rapport commun de la HAS et de l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail⁴³ invite à porter une attention toute particulière au management du travail et sa régulation locale.

Nous nous trouvons en phase avec ce rapport sur des constats essentiels.

- Les normes et la réglementation ont un rôle structurant et nécessaire dans l'amélioration des pratiques et des organisations, mais elles rencontrent rapidement des limites dans leur efficacité. Elles peuvent devenir contre-productives lorsque les stratégies d'amélioration de la qualité et de la sécurité adoptées sont fondées exclusivement sur l'accumulation normative et le contrôle.
- Les difficultés que traversent de nombreuses organisations, en particulier dans le secteur de la santé, lorsqu'elles sont traitées seulement par des actions de prévention du stress et de la souffrance au travail, peinent à toucher leur cible et à prendre réellement en charge les enjeux du travail.
- Favoriser une expression renouvelée des questions du travail par l'ensemble des acteurs concernés (directions, professionnels, organisations syndicales) est décisif pour frayer de nouveaux équilibres, ancrés dans des organisations faisant creuset pour le « travail de qualité ».

L'ouverture du DS au management soutenable conduit à une forme de gouvernance que l'on qualifie de clinique (BRAULT, ROY, & DENIS, juillet-septembre 2008) et qui est en relation directe avec l'amélioration continue de la qualité. En effet, le système de gestion vient en appui au système clinique pour provoquer et soutenir l'engagement des professionnels envers les objectifs de qualité et de performance.

⁴¹ Inscrite au compte qualité depuis juillet 2014.

⁴² APM International - Certification des hôpitaux: la HAS va insister sur la qualité de vie au travail http://www.apmnews.com/print_story.php?numero=247894&profil=46516

⁴³ La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail. Regards croisés sur les liens certification, qualité des soins et qualité de vie au travail. HAS et ANACT. Novembre 2013

Il paraît impossible aujourd'hui de progresser sur la qualité et la sécurité des soins sans s'intéresser au travail lui-même : son organisation, ses contradictions et dilemmes, les conditions de sa mise en débat. Cela ouvre, pour le DS, le champ de la conception d'une ingénierie de la discussion portant sur l'activité et ses différentes dimensions : croisement des regards sur l'activité, réflexions collectives sur le champ de la prescription du travail, priorisation et cohérence des arbitrages, évaluation, contrôle. Il s'agit de mettre au centre du débat : le travail de qualité. C'est à ce niveau, que le DS amène une plus-value et participe grâce au management soutenable à un changement soutenable et à une performance que l'on peut qualifier de durable.

Bibliographie

- ALTER, N. (2009). *Donner et prendre, la coopération en entreprise*. Paris: La Découverte.
- ARDENTI, R. (2010). Caractère soutenable du travail et trajectoires ouvrières : études de cas dans la filière automobile et les industries agroalimentaires. (P. d. Po, Éd.) *Sociétés contemporaines*, 2(78), 87 à 113.
- ARDOINO, J. (2004). *Propos actuels sur l'éducation*. Paris: L'Harmattan.
- BENASAYAG, M., & DEL RAY, A. (2007). *Eloge du conflit*. Paris: La Découverte.
- BONNIOL, J.-J., & VIAL, M. (1997). *Les modèles de l'évaluation*. Bruxelles: De Boeck.
- BRAULT, I., ROY, D., & DENIS, J.-L. (juillet-septembre 2008). Introduction à la gouvernance clinique : historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et Organisation des Soins- VOLUME 39 - N° 3*, 167-173.
- BRUGGEMAN, F., GAZIER, B., & PAUCARD, D. (2012/1). Affronter les restructurations d'entreprise en Europe, propositions pour une démarche unifiée. *Revue de l'IRES*, 29-64.
- BRUNELLE, Y. (2009). Les hôpitaux magnétiques: un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner. *Pratiques et Organisation des Soins*, pp. 39-48.
- CLEMENT, J.-M. (2001). *1900-2000 : La mutation de l'hôpital*. Bordeaux: Les Études Hospitalières.
- CLERC, D. (2010). UN PENSEUR « CONTRE-PRODUCTIF »? (E. Esprit, Éd.) *ESPRIT*, 8(Août/septembre), 126 à 135.
- CLOT, Y. (2004). *La fonction psychologique du travail*. Paris: PUF.
- CLOT, Y. (2010). *Le travail à coeur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris: La Découverte.
- COUDRIER, C., POTEL, G., JASPARD, H., BÉNARD, A., & VALLÉE, J.-C. (2012, Décembre). Concilier performance et management par le sens et la confiance. *gestions hospitalières*, pp. 610-611.
- COUSIN, O. (2008). *Les cadres à l'épreuve du travail*. Rennes: PUR.
- DEJOURS, C. (1993). *Travail : Usure mentale, De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*. Paris: Bayard.
- DEJOURS, C. (2007). Psychanalyse et psychodynamique du travail : ambiguïtés de la reconnaissance. Dans A. CAILLE, *La quête de reconnaissance*. Paris: La Découverte.
- DEJOURS, C. (2011, Février 21). Sortir de la souffrance au travail. *Le Monde*.

- DETCHESSAHAR, M. (2011/5). Quand le management n'est pas le problème, mais la solution... *Revue française de gestion*, 89-105.
- DUBAR, C., & TRIPIER, P. (2005). *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.
- DUPUY, F. (2011). *Lost in management*. Paris: Le Seuil.
- ESTRYN-BEHAR, M. (2004). *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Paris: www.santé.gouv.
- FOUCAULT, M. (2009). *Le Courage de la vérité. Le Gouvernement de soi et des autres II*. Paris: Gallimard/Seuil.
- FRIEDMANN, G. (1946). *Problèmes humains du machinisme industriel*. Paris: Gallimard.
- GORZ, A. (2004). *Métamorphoses du travail: Critique de la raison économique*. Paris: Gallimard/ Folio Essai.
- HAMEL, G. (2008). *La fin du management*. Paris: Vuibert.
- HATCHUEL, A. (2000). Prospective et gouvernance, quelle théorie de l'action collective ? Dans E. HEURGON, & J. LANDRIEU, *Prospective pour une gouvernance démocratique*,. Éditions de l'Aube.
- LA VEGA De, X. (2004, Novembre). L'impossible mesure du travail invisible. *Sciences Humaines*.
- LE BOTERF, G. (2010). *Construire les compétences individuelles et collectives - Agir et réussir avec compétence*. Paris: Eyrolles.
- MARQUET, S. (2013). A la recherche d'une main d'oeuvre idéale. *Soins Cadres* 85, 33-35.
- MARTY, M., WABLE, E., DUMOND, J.-P., VANDANGEON-DERUMER, I., & KOENIG, G. (2013). Une prise en charge centrée sur le patient et affranchie des spécialités médicales. Dans T. NOBRE, *L'innovation managériale à l'hôpital*. Paris: Dunod.
- MOLINIER, P., LAUGIER, S., & PAPERMAN, P. (2008). *Qu'est-ce que le care ?* Paris: Payot.
- MOSSE, P., & PARADEISE, C. (2003/3). "Restructurations de l'hôpital; recompositions des hôpitaux" Réflexions sur un programme,. *Revue française des affaires sociales*, 141-155.
- NOBRE , T. (2013). *L'innovation managériale à l'hôpital*. Paris: Dunod.
- NOBRE, T., & LAMBERT, P. (2012). *Le management de pôles à l'hôpital*. Paris: Dunod.
- OSTY, F. (2012). Sociologie des professions et des métiers. Dans N. ALTER, *Sociologie du monde du travail* (pp. 63-81). Paris: PUF.
- PHILIPPON, T. (2007). *Le Capitalisme d'héritiers. La crise française du travail*. Paris: Seuil.
- PIERON, H. (2003). *Vocabulaire de la psychologie*. Paris: PUF.
- RAVEYRE, M., & UGHETTO, P. (2006). "On est toujours dans l'urgence" : surcroit ou défaut d'organisation dans le sentiment d'intensification du travail? Dans P. ASKENAZY, D. CARTRON, F. De CONINCK, & M. GOLLAC, *Organisation et intensité du travail*. Toulouse: Octares.

- REVILLOT, J.-M. (2010). *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*. Paris: Lamarre.
- RONGICONI, J.-P. (2013, Aout). Cadre de Santé, deux référentiels pour deux métiers. *Soins Cadres*, pp. 55-57.
- ROUSSEL, E. (2007). *Vie de cadres. Vers un nouveau rapport au travail*. Rennes: Presses Universitaires de Rennes.
- SAINSAULIEU, Y. (2007). *L'hôpital et ses acteurs : Appartenances et égalité*. Paris: Belin.
- SCHERB, B., & BIANCHI, A.-L. (2012, Octobre). La gestion et organisation du temps de travail en Suède. *Les Cahiers Hospitaliers*.
- SCHWARTZ, Y. (1998). *Reconnaissances du travail*. Paris: PUF.
- SIMMEL, G. (1999). *Sociologie. Etudes sur les formes de la socialisation*. Paris: PUF.
- THEVENET, M. (2006, Novembre/Décembre). Tous professionnels! *Revue française de gestion*, pp. 168-169.
- THEVENET, M. (2013, Février). Vers un management durable. (E. Masson, Éd.) *Soins Cadres*, pp. 14-17.
- UGHETTO, P. (2011/8). Pour ne pas se tromper de gestion de la santé au travail: les niveaux d'un management attentif au "métier". *Revue française de gestion*, 61-75.
- VIAL, M. (1996). Dans la formation en alternance, le différentiel, un outil pour évaluer les stages. *En question -Les Cahiers de l'année 1996*.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., & FISH, R. (1981). *Changements*. Paris: Le Seuil.
- ZARIFIAN, P. (2004). *Le modèle de la compétence*. Paris: Liaisons.

Liste des annexes

Annexe 1 :	grille d'entretien	p II
Annexe 2 :	synthèse des entretiens	p III à XXI
Annexe 3 :	présentation au CHSCT	p XXII à XXIII

Grille d'entretien

Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?	
Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?	
Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?	
Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles :	
Des contraintes ?	Des opportunités
Comment se manage le changement ?	
Réactivité ?	Proactivité ?
Que pensez-vous du management durable ?	
Place et légitimité du DS dans ce management ?	
Performance et qualité de vie au travail ?	

Synthèse des entretiens

Entretien N° 1 Directeur d'hôpital
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Directeur général de cet hôpital, depuis bientôt trois ans, rencontre actuellement quelques difficultés, notamment avec le corps médical. Mais auparavant directeur d'un hôpital de plus petite capacité. À plusieurs fois été DRH au cours de sa carrière.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Un hôpital ouvert sur le territoire, avec une priorité sur les soins et le respect de l'équilibre financier. Nous ne sommes pas au bout des restructurations, dans le contexte actuel l'avenir du système français apparaît comme difficile. Manifestement, l'avenir des hôpitaux passe par des alliances de service public un service public probablement vers des communautés hospitalières de territoire. Avec pour les petits hôpitaux certainement de grandes difficultés à maintenir autre chose que la médecine, des soins de suite et de réadaptation, de la gériatrie, avec une problématique particulière pour les urgences.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>Nous sommes tous convoqués à l'ARS, pour de nouvelles mesures d'économies. Nous sommes dans un établissement de taille moyenne, avec des pics d'affluence notamment aux urgences, le SAMU coûte cher, ce n'est pas forcément couvert par les MIGACS. Nous avons aussi un problème avec les anesthésistes, il est très difficile d'en recruter. Pour les chirurgiens, ça a d'ailleurs fait chuter notre activité cette année, pour certains relativement il n'y a pas de relève annoncée. La solution qui s'offre, c'est bien entendu une communauté hospitalière de territoire. Nous sommes trois hôpitaux, sur le territoire de santé, je viens d'avoir la direction d'un des deux, c'est un hôpital assez petit, avec une maternité et un partenariat public-privé pour la chirurgie. Cela va faciliter la coopération. Mais par contre avec le troisième établissement il est très difficile de collaborer pourtant nous aurions bien besoin de mutualiser nos moyens. Notre avenir passe par cette coopération. Aujourd'hui, le plus gros point de blocage, ce sont les médecins.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>Cela paraît bien difficile de changer les habitudes médicales sans contraintes économiques et financières, et même dans ce contexte cela reste difficile. Mais nous avons aussi d'autres contraintes, par exemple les malfaçons dans le bâtiment neuf nous obligent à avoir une équipe de sécurité très importante pour que la commission de sécurité accepte de nous laisser fonctionner. Dans ces conditions, on peut dire que les exigences législatives sont des contraintes.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>D'abord le plus important c'est d'avoir un budget équilibré. C'est lui qui va permettre l'anticipation, sans capacité d'autofinancement il n'y a pas de possibilité d'investissement et nous sommes de ce fait toujours dans la réactivité. Je considère aujourd'hui ce ne sont pas les finances le plus important, mais la direction des ressources humaines, c'est la clé. Pour pouvoir bien fonctionner, il faut avoir au moins</p>

un allié. Pour, nous sommes appuyés sur les syndicats changer un certain nombre de choses, car avec les médecins c'est complètement bloqué.

Que pensez-vous du management durable ?

Le management durable est d'abord entendu comme le management du développement durable qui semble très important pour l'établissement. Après quelques échanges, notre interlocuteur semble assez d'accord pour le management soutenable. Il semble d'ailleurs tout à fait prêt à développer un management attentif à l'autre. En même temps, il souligne les limites d'un management qui la conduit à recevoir personnellement tous ses interlocuteurs, et notamment les médecins qu'il a parfois reçus sans les chefs de pôles. De la même façon pour certains membres du personnel. Il lui semble aujourd'hui que c'est une part du blocage.

Place et légitimité du DS dans ce management ?

Le directeur des soins à toute sa place dans ce management. Il attend du directeur des soins qu'il connaisse bien toutes les unités et qu'il s'y rende. Ce n'est pas le cas directeur des soins actuels acquis il reproche un management affectif. C'est pour ça en partie qu'il est prêt à changer de directeur des soins, pour un directeur qui parle plus aux équipes paramédicales, aux autres directeurs fonctionnels et aux syndicats. Il a l'impression de ne pas pouvoir s'appuyer sur un directeur des soins qui reste dans son bureau et ne va pas à la rencontre de l'activité, ne la connaît pas.

Performance et qualité de vie au travail ?

La performance est probablement liée à la qualité de vie au travail entre autres. Mais il y a bien d'autres raisons.

Entretien N° 2 Directeur des Ressources Humaines
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Premier temps dans la formation. Puis directeur d'hôpital, toujours DRH et souvent aussi directeur des affaires médicales. D'abord dans une très grosse institution, puis ici depuis deux ans, où il connaissait deux directeurs.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Il y a des déficits partout ils sont souvent très important dans les CHU, et moindre dans les CH, mais cela nécessite de continuer à se réformer ou à accroître l'activité. Il n'y a plus de tension sur les emplois infirmiers, mais le souci c'est le recrutement des médecins. Là aussi, cela dépend de l'attractivité de l'hôpital. Il va sans doute être nécessaire de s'inscrire dans les CHT et de mutualiser les moyens médicaux, et de se répartir les spécialités.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>Justement, des établissements de notre taille ne pourront plus tout faire, mais encore faut-il trouver des partenaires, ce n'est pas facile de s'entendre avec un établissement sensiblement de la même taille, il y a trop de rivalités. Ce qui va être difficile pour nous, c'est le départ de quelques médecins qui arrivent en fin de carrière et qui n'ont pas de relève. Nous avons eu pendant 6 mois un chirurgien qui n'a pas pu opérer, l'activité de son service à chuter de 50%, nous sommes très dépendants.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>A priori, si on est un peu intelligent ce sont des opportunités qui permettent d'introduire du changement et de la négociation dans l'établissement. Le problème, c'est l'empilement des textes qui fait que l'on n'a pas fini de mettre en place une réforme que la suivante survient. Il a fallu faire passer les pôles et la gouvernance, on n'avait pas fini de l'appliquer que ça changeait déjà avec HPST, et la prochaine loi de santé va encore changer les places et les pouvoirs de chacun. Notre système manque surtout de stabilité.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>Pour moi, le changement se construit avec la mise en œuvre de la GPMC. Quand j'aurai fini de mettre en place toutes les fiches, je serai en possession d'un outil qui me permettra réellement d'anticiper. Mais je vais lentement, je travaille ça dans un groupe avec des cadres supérieurs et les partenaires sociaux.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>Je suis assez d'accord, c'est ce que nous essayons de faire avec la GPMC, anticiper nos besoins, et ensuite former ou recruter. Nous avons eu d'assez bons résultats à l'enquête sur les RPS. Le climat social est pour moi une priorité. D'ailleurs, l'ARS l'a remarqué.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Cela paraît évident, mais ici ça ne marche pas. Mon collègue n'est pas du tout sur cette longueur d'onde.</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>Pourquoi pas, en tout cas il n'y a pas de contradiction. Un climat serein est sans doute propice à la performance.</p>

Entretien N° 3 Directeur d'hôpital	
Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?	Directeur d'un hôpital isolé, de petite taille ayant un déficit important. Il a demandé à quitter l'établissement et attend pour celui-ci la mise sous administration provisoire.
Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?	Sombre, il faut continuer à restructurer, mais ce n'est pas évident, il y a beaucoup de résistances. Il n'est pas normal que certains établissements fassent un effort et que d'autres finalement en profitent et vivent de subventions. Il est difficile pour les établissements isolés de rentrer dans une CHT, et en plus il y a des querelles de clocher entre communautés médicales.
Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?	Il faut un événement comme la mise sous administration provisoire pour débloquer la situation. Il faut à tout prix réduire le nombre de service et de pôle, nous ne sommes pas un CHU. Il faut fermer des lits et essayer d'avoir des unités correctement dimensionnées, mais l'architecture ne nous aide pas. Il y a eu beaucoup d'erreurs de gestion par le passé.
Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?	Il est clair que sans exigences financières, ici on aurait continué à faire n'importe quoi. Mais il y a des contradictions, les politiques locaux ne veulent rien perdre de leurs services hospitaliers. La précédente municipalité a perdu les élections à cause du départ des militaires, celle-ci a peur de perdre sur la question du maintien de la réanimation, et en même temps nous n'avons pas les moyens médicaux de continuer. On gagne du temps, moratoire, mission de l'IGAS, mais tout le monde sait qu'il faudra fermer.
Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?	Pour être dans l'anticipation, il faut des alliés, nous n'en avons aucun, ni le corps médical, ni les partenaires sociaux, ni la population, tout le monde est contre. L'hôpital s'enfoncé, je vois bien les solutions, la stratégie, mais il faut aussi un minimum de points d'appui. Nous n'avons que le soutien de l'ARS.
Que pensez-vous du management durable ?	Oui, c'est nécessaire, il faut accompagner les restructurations, les faire au bon rythme avec de la concertation, la question se pose beaucoup moins quand il n'y a que de l'opposition. Vous voyez, c'est actuellement le cas dans plusieurs CH, notamment dans les EPSM, là je crois qu'il faut changer d'équipe.
Place et légitimité du DS dans ce management ?	Il a toute sa place, à condition qu'il sorte de son bureau, qu'il rencontre les équipes, qu'il fasse un peu de pédagogie. Il doit aussi être garant de la qualité et de la sécurité des soins, pour cela il faut qu'il ait un regard sur ce qui se passe dans les services de soins.
Performance et qualité de vie au travail ?	Ce n'est pas vraiment une question d'actualité ici, nous sommes très loin des deux.

Entretien N° 4 Directeur des Soins
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Infirmière, cadre, cadre supérieur puis DS et enfin CGS dans le même établissement. Elle connaît très bien, de ce fait, son établissement, les cadres et les soignants.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Nous sommes tous dans une situation de restructuration, avec des déficits plus ou moins importants. Il faut réduire la DMS, si possible rationaliser les unités de soins (nombre de lits et personnel soignant). L'outil mis au point par l'ANAP, AELIPSE donne bien le tempo de ce que vont devenir les hôpitaux : des unités bien dimensionnées par rapport à leur activité, avec une polyvalence pour celles qui n'ont pas l'activité suffisante dans une spécialité, moins en moins de souplesse sur les effectifs, et une concentration de personnels sur les pics d'activité.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>Nous en sommes à notre 3e CREF, c'est un peu décourageant, il ne nous reste plus beaucoup à gagner sur les organisations, ambulatoire, et hôpitaux de semaines ont du mal à se mettre en place, et parfois l'activité ne suit pas. Nous avons mis en place des organisations en 12 h quand c'était possible, nous ne pouvons pas vraiment aller beaucoup plus loin. Notre grande difficulté c'est que nous avons des locaux qui sont parfois vétustes ou ne correspondent pas à notre activité, je pense, aux urgences, et peu de moyens pour faire des travaux ou redimensionner les équipes.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>Nous nous sommes servis des exigences législatives pour mettre en place un certain nombre de changement et de restructuration, nous avons revu l'accord local sur le temps de travail, nous restons vigilants sur la qualité des soins, nous faisons un travail important sur l'absentéisme. Mais en même temps, nous arrivons à une limite, et je crains beaucoup la rencontre des premières mesures du CREF et de la visite de certification.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>Nous essayons d'anticiper, le projet de soin est là pour ça, j'arrive à travailler de manière très satisfaisante avec le président de la CME, ça facilite les choses. Mais depuis l'annonce du CREF en début d'année et maintenant (septembre) rien n'a évolué, cela a semé le doute, mais il y a eu les élections municipales, on a eu un mouvement de grève très dur aux urgences, et maintenant il y a les élections professionnelles. En somme, ce n'est jamais le bon moment, et finalement nous réagissons au lieu d'agir.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>Tu sais on a eu ce mouvement de grève, très dur et qui a laissé des traces, aux urgences, au moment même où l'on prenait en compte leur difficulté et où l'on mettait quelqu'un de plus sur le pic d'activité. Mais, oui nous faisons ce que nous pouvons pour adapter le travail aux agents, dans la limite du possible, les bed movers et les lève malades vont dans ce sens. Nous avons mis en place un programme avec les ostéopathes pour les AS.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p>

Oui, je connais bien l'établissement et j'essaie d'être à l'écoute des tensions, de les anticiper pour éviter que cela ne prenne trop d'importance. Je reçois les syndicats souvent, je les écoute et je n'hésite pas à me rendre sur place.

Performance et qualité de vie au travail ?

Nous y travaillons sur le CH, cela passe par exemple par la reconnaissance du travail, chaque fois que je rencontre une équipe. Nous passons aussi le soir avec le directeur pour rencontrer les équipes de nuit, c'est important, ça construit aussi l'appartenance.

Entretien N° 5 Directeur des Soins	
Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?	DS depuis une vingtaine d'années, d'abord dans une très grosse structure. Puis au CH depuis 9 ans, elle aurait voulu repartir, mais cela n'a jamais été possible. Son ancienneté finit par être un handicap. Désireuse de travailler encore quelques années, elle a accepté de prendre un poste en IFSI dans quelques semaines.
Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?	L'avenir de l'hôpital est tourné vers les coopérations entre CH, les CH de moyenne importance seront obligés de mutualiser leurs ressources, surtout les médecins. Il faudra aussi être créatif pour arriver à faire aussi bien voire mieux avec des moyens en diminution constante. Par exemple avec de l'e-learning pour les formations sur les vigilances. Il faudra être attentif aux investissements et aux malfaçons dans les bâtiments.
Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?	C'est difficile pour moi, je ne m'y sens pas bien, j'aurais aimé partir, ça n'a pas été possible, je le regrette. Il y a un management qui ne me convient pas, je ne suis pas entendue. Les syndicats et les médecins ont l'oreille de la direction, c'est difficile de changer quoi que ce soit, de toute façon, personne ne veut travailler. Tout le monde se connaît depuis longtemps ça crée un climat détestable. La direction des systèmes d'information nous impose ses outils et de ce fait nous contraint.
Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?	Logiquement cela devrait nous fournir des opportunités, mais avec les syndicats qui ont beaucoup d'influence de toute façon c'est bloqué. L'hôpital n'avance pas, nous n'avons ni projet médical ni de projet d'établissement, de ce fait je n'ai pas refait le projet de soin.
Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?	Le projet c'est fait pour ça, pour anticiper, mais nous on est en panne, la communauté médicale cherche avant tout son intérêt, à faire du libéral ou à ne pas trop travailler, et puis ils agissent comme des courtisans, pour devenir chef de pôle. Ça décourage tout le monde, j'ai recruté des cadres supérieurs pour changer les mentalités, mais ils s'épuisent, deux sont tombés malades, et la troisième s'en va cet été.
Que pensez-vous du management durable ?	Je pense surtout qu'il faut avoir du courage, répondre de ses décisions, pour moi en tant que DS, il y a une véritable souffrance, presque de la maltraitance. J'essaie quand même d'être bienveillant avec les soignants et les cadres qui sont parfois dans des situations difficiles, et puis de veiller à l'équité.
Place et légitimité du DS dans ce management ?	Oui en général, mais pas ici, pour moi. Il suffit qu'un agent connaisse le DG et aille se plaindre pour que je sois désavouée.
Performance et qualité de vie au travail ?	Peut-être à l'IFSI, ou peut-être pour mon remplaçant à la direction des soins.

Entretien N° 6 Directeur des Soins	
Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?	Infirmier, cadre et cadre supérieur avant d'être CGS dans un hôpital de taille moyenne, puis DS au sein d'un groupe hospitalier. Il préfère le travail en équipe à l'exercice solitaire du pouvoir.
Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?	L'hôpital bouge, change, se transforme depuis que j'y travaille. Temps de crise, de réorganisation, de <i>small is beautiful</i> à <i>big is beautiful</i> et retour, des modes. Mais au-delà quelques tendances dures, les coopérations/fusions/regroupements, les déficits qui ne sont plus acceptés ni acceptables, la participation de plus en plus forte des usagers.
Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?	J'arrive dans un CHU, avec une médecine de pointe, qui doit coexister avec une médecine de proximité, et donc des coûts qui peuvent exploser. De la formation et de la recherche, des médecins qui ont l'oreille du DG et parfois du ministre, et puis quoi qu'on en dise des moyens, on s'en rend compte quand on arrive. Cela ne veut pas dire qu'il n'y aura pas d'efforts à faire, mais enfin on les fait dans de bonnes conditions.
Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?	Ça nous oblige à inventer, à trouver de nouveaux modes d'organisation, mais ça durcit les relations de travail, le métier d'infirmier est plus complexe aujourd'hui. Le patient reste moins longtemps, il est donc en phase aigüe, les protocoles sont plus lourds et la traçabilité ajoute ses exigences, je ne crois pas qu'on l'aurait fait sans obligations. La contrainte c'est surtout quand les lois se succèdent trop rapidement, ou que les règles du jeu changent pendant la partie.
Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?	Notre métier de dirigeant, c'est d'anticiper, d'être stratégique, le projet de soin au sein du projet d'établissement et en écho au projet médical est notre moyen de construire une projection. C'est une bonne réponse à un univers incertain, il suffit de l'évaluer chaque année et de le faire évoluer. Il donne un sens à l'action et permet de se repérer, mais il n'a pas et ne doit pas avoir la stabilité ou plutôt la rigidité d'un programme.
Que pensez-vous du management durable ?	J'ai travaillé sur le développement durable et je suis sensible à la Responsabilité Sociale des Entreprises, il me semble que c'est la moindre des choses, qu'un établissement qui soigne, et une attention particulière et soit attentif à son personnel, et je pense particulièrement aux cadres de proximité qui sont très exposés, et que nous devons parfois protéger.
Place et légitimité du DS dans ce management ?	Il a toute sa légitimité, il sait plus que tous les autres directeurs les limites à ne pas franchir avec les paramédicaux. Il connaît aussi les médecins, c'est souvent un avantage et une facilité pour être un médiateur.
Performance et qualité de vie au travail ?	Cela va bien ensemble, et c'est intéressant à tous les échelons.

Entretien N° 7 Directeur des Soins
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Infirmier de secteur psychiatrie, puis cadre de santé dans différents établissements. Cadre supérieur puis CGS dans un EPSM.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>La situation de la psychiatrie est différente de celle des hôpitaux MCO, nous ne sommes pas passés à la T2A, nous sommes toujours en dotation globale. Notre avenir pourrait être un jour de voir arriver un jour une T2A adaptée à la psychiatrie, comme aux SSR. LA psychiatrie a énormément évolué et devrait encore évoluer avec la prochaine loi de santé, bien que par certains côtés, elle soit en pointe : le territoire/secteur, la filière, le parcours.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>Je suis dans un établissement qui va bien, qui n'a pas de déficit, nous pouvons donc continuer nos restructurations et réorganisations plus tranquillement. Mais nous avons besoin de plus de temps pour négocier, la parole et le temps ont une grande importance en psychiatrie, avec les patients, avec les soignants et avec les médecins. Si on ne prend pas le temps, on bloque la machine, c'est le cas dans pas mal d'EPSM en ce moment.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>Ce sont des contraintes, mais on peut en faire des opportunités. Pour moi, tout ce qui arrive est une occasion offerte au management de faire preuve de pédagogie. Si le DS s'empare d'une contrainte et l'a traduit en langage opérationnel pour les cadres de pôle, ils peuvent à leur tour s'en saisir pour travailler avec les cadres de proximité et ainsi de suite. C'est nous qui faisons d'une exigence, d'une crise, d'une difficulté soit une contrainte soit une opportunité.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>Gérer, c'est prévoir. Il y a pas mal d'outils qui nous permettent d'anticiper, de connaître les besoins en santé sur notre territoire ; en santé mentale si le travail de secteur est bien fait, on connaît bien son territoire, on sait si l'on a des gens qui travaillent et veulent consulter plus tard en soirée ou des populations âgées et précaires, les projets de pôle et le projet médical doivent en tenir compte, le projet de soins vient ajouter la pierre soignante à l'édifice.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>Nous nous n'avons pas de plateau technique, nous avons des femmes et des hommes, c'est pour ça que nous avons toujours investi dans la formation.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Oui en travaillant en collaboration avec le DRH, c'est un duo très complémentaire qui est à la base du management social ou durable.</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>Les mêmes travaillent pour une meilleure qualité de vie au travail ou pour une performance économique et sociale de l'hôpital.</p>

Entretien N° 8 DRH
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Il a toujours travaillé dans la même ville sur les deux hôpitaux, a occupé des postes différents. Il est DRH depuis plus de 10 ans sur un EPS qui emploie près de 3000 personnes.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Nous allons vers une organisation en 3 niveaux, les CHU pour les spécialités rares et lourdes, la recherche, les hôpitaux de recours qui ont pratiquement toutes les spécialités, mais ne traitent pas les cas les plus complexes, et les hôpitaux de proximité qui assurent un premier recours, un tri et parfois vont se substituer à une médecine libérale sinistrée.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>C'est le paradoxe, nous sommes l'ETS de référence du département, nous avons la seule réanimation, nous ne pouvons pas disparaître et en même temps nous avons un endettement considérable qui nous empêche non seulement d'investir, mais aussi de remplacer des outils vétustes ou obsolètes. On s'étouffe peu à peu. Alors que nous faisons vivre les CH de proximité grâce à nos consultations avancées, et eux sont à l'équilibre.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>Des contraintes tous les jours on nous ajoute un nouveau texte, une nouvelle couche, c'est ingérable, et surtout ça coince complètement la machine, il n'y a aucune lisibilité, dans le même temps nous avons un CREF, et il faut supprimer 120 emplois et on vient nous parler de qualité de vie au travail, c'est n'importe quoi. Dans un premier temps, c'est vrai que certaines exigences sont des opportunités d'introduire des changements, mais on est vite débordé.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>On essaye de prévoir, de construire des outils, d'anticiper nous avons mis en place un plan pour lutter contre l'absentéisme, nous essayons d'être attentif à la formation. Mais malgré nos efforts, mécaniquement la masse salariale augmente, rien qu'avec la CNRACL cette année.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>Par conviction, oui. Mais 120 emplois à supprimer, ne rendent pas possible cette attention à la QVT. Nous essayons avec la formation de maintenir et de développer les compétences, nous suivons les avis du service de santé au travail, malgré les difficultés nous avons un Contrat Local pour l'Amélioration des Conditions de Travail en cours, pour financer 2 bed movers et des lève-malades.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Pour moi, le DS devrait sortir du directoire et de l'équipe de direction pour assumer sa véritable expertise, il se retrouve dans une position très ambiguë.</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>L'enquête de l'ANFH sur les RPS nous a bien situés, mais nous continuons à travailler la question, tant mieux si ça améliore la performance.</p>

Entretien N° 9 Directeur	
Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?	Direction de plusieurs hôpitaux. Assure aujourd'hui la direction commune de deux CH, au cœur d'une CHT dynamique.
Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?	D'une part dans des regroupements bien pensés, en fonction d'un territoire et de ses besoins en santé. D'autre part, il faut que les hôpitaux arrivent à l'équilibre budgétaire pour pouvoir investir. Il ne faudra pas hésiter à fermer des lits là où l'activité diminue pour être en capacité de redéployer du personnel là où l'activité augmente.
Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?	Tout d'abord, nous avons une situation financière relativement bonne, ce qui nous permet d'investir et d'évoluer dans un climat serein avec la communauté médicale et avec les partenaires sociaux. Notre avenir consiste à continuer à gagner des parts de marché face au privé, en ayant une dynamique de marketing auprès des médecins libéraux. Et à développer une CHT sans rivalité, mais avec des complémentarités. Il faut répartir les moyens entre nous, et privilégier toujours le secteur public : l'établissement, puis la CHT et enfin le CHU
Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?	Nous avons la chance d'être sur un territoire qui a un développement positif, plus d'habitants, plus de naissances, plus d'entreprises, cela nous permet d'avoir une activité en augmentation et donc d'avoir plus de souplesse. De ce fait, nous avons surtout des opportunités.
Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?	Notre projet d'établissement est résolument tourné vers l'avenir, c'est toujours plus facile quand les perspectives sont favorables. Mais nous savons bien que nous n'avons pas le droit à l'erreur, qu'il nous faut rester prudents, ne pas créer de postes et toujours privilégier les redéploiements. Un projet permet aussi de réagir avec rapidité, car il permet de connaître ses forces et ses faiblesses.
Que pensez-vous du management durable ?	Nous avons une politique de développement durable sur l'établissement, et je suis sensible à la dimension humaine du management d'un hôpital, dont les salariés sont majoritairement des soignants. Dans l'établissement, le dialogue social est de bonne qualité.
Place et légitimité du DS dans ce management ?	Il a toute sa légitimité, notamment dans conception d'organisations de soins rationnelles et réalistes, par exemple le passage en 12 h en fonction des services.
Performance et qualité de vie au travail ?	Un climat serein dans l'établissement facilite grandement l'activité, je suis attentif pour cela à la communication.

Entretien N° 10 Elève Directeur des Soins	
Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?	Parcours varié d'infirmière dans plusieurs établissements. Puis cadre et cadre supérieur dans un établissement de petite taille. Enfin un faisant fonction de DS. Au moment de l'entretien, elle ne sait pas encore dans quel établissement elle va travailler.
Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?	Le système hospitalier est en pleine refonte. Il va y avoir une recomposition profonde du système de soins. Je pense que les petits hôpitaux, les hôpitaux de proximité vont se recentrer sur la médecine et la gériatrie, un premier accueil des urgences, afin de diriger les patients les plus aigus vers les hôpitaux de références. Il va falloir faire des choix et ils ne seront pas faciles.
Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?	Je viens d'un petit établissement, c'est à la fois une chance, je connais tout le monde la ligne hiérarchique est courte et je sais tout de suite quels sont les problèmes et les difficultés. Mais par contre, il n'y a aucune marge de manœuvre, pas de réserve, c'est difficile de faire de la formation, par exemple. C'est pourquoi je cherche un établissement plus important, mais qui porte de fortes valeurs humaines, cela guidera mon choix.
Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?	Pour un petit établissement ce sont souvent surtout des contraintes parce que souvent les lois sont faites pour les grands établissements ou pour l'AP-HP, pas pour nous. Tu vois, quand on a fait deux pôles, c'est déjà beaucoup et ça n'a pas forcément grand sens. Mais dans un établissement plus important, je crois que ça doit permettre de faire bouger les lignes.
Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?	C'est ce qu'on apprend ici, la stratégie, la prospective. Oui prévoir c'est la clé, mais dans la réalité, combien de fois mes prévisions ont été balayées par des imprévus, l'absentéisme surtout. En fin de compte ce qu'il faut surtout anticiper c'est la gestion en mode dégradé.
Que pensez-vous du management durable ?	Oui, c'est le cœur de métier du management à l'hôpital aujourd'hui, les gens sont tellement fragiles qu'il faut mesurer tous tes mots. Tu as l'impression qu'il ne faut rien exiger et tout construire avec les personnels, c'est l'idée il faut les faire participer qu'ils puissent être partie prenante de la décision. Il faut dire que le travail a drôlement changé, il est quand même plus dur, les patients sont là surtout en phase aigüe.
Place et légitimité du DS dans ce management ?	Oui, c'est notre place on connaît le métier, les soignants et les cadres, et les médecins aussi. On voit mieux jusqu'où on peut aller dans les restructurations, ou si une équipe est prête pour un changement, si le cadre va pouvoir gérer la situation, s'il a besoin de soutien.
Performance et qualité de vie au travail ?	C'est mon souhait, mêler la performance économique et le bien-être au travail.

Entretien N° 11 Elève Directeur des Soins
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Parcours très atypique, en France et à l'étranger, pas toujours comme infirmière. En France dans le même établissement, cadre puis cadre supérieur et enfin faisant fonction de DS, c'est dans cet établissement qu'elle retournera après la formation.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Dans les hôpitaux, les changements les plus importants ou les plus évidents ont été faits. Pourtant il reste souvent des situations financières dégradées. Cela va être difficile pour les petits établissements. La chirurgie, la réanimation, les services de pointe seront dans les CHU, et plus on s'éloignera par la taille, plus on ira vers de la médecine.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>C'est à la fois l'établissement de référence du territoire, mais c'est un territoire peu peuplé. Cela nous met en difficulté pour certaines spécialités, mais aussi pour le recrutement des médecins. Nous serons obligés de revoir nos organisations en fonction des autorisations de l'ARS, de nos recrutements et de la fuite de nos parts de marché vers les CHU.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>Les deux. Sans obligation se réformerait-on ? La crise et les exigences de qualité et de sécurité nous ont permis de nous améliorer. Mais parfois, les exigences sont difficiles à tenir en fonction de la taille de l'établissement, il faut vraiment se pencher sur la notion de taille critique. Les pôles par exemple n'ont pas le même sens partout.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>Comme élève aujourd'hui, je dirais la proactivité, prévoir, anticiper, construire des tableaux de bord pour suivre l'activité et avoir une vision stratégique. Dans la réalité, ce n'est pas toujours comme ça, on est parfois plus en train d'éteindre les débuts d'incendie que de les prévenir ?</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>Oui, on a été soignant, on sait à quel point le prendre soin est important. Nous avons des patients de plus en plus lourds, et des soignants qui sont eux-mêmes fragiles. Il faut être attentif à la moindre parole.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Oui, notre parcours dans l'hôpital nous donne cette légitimité, nous pouvons dire au DG, ce qu'il va en coûter en terme de bienveillance de supprimer un poste d'AS dans le service de médecine, parce que nous savons que faire une toilette en 10 minutes à une personne âgée, c'est limite...</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>Oui, je le crois, pour reprendre une question précédente, la performance durable, pas simplement le jour de la visite des experts de la HAS, c'est qu'il y a derrière une ligne managériale attentive à la qualité de vie au travail.</p>

Entretien N° 12 Cadre supérieur de pôle
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Un parcours très varié jusqu'au diplôme cadre ; en hôpital, en réseau avec une rencontre importante avec l'oncologie. Aujourd'hui cadre supérieur sur deux pôles cliniques (gériatrie et oncologie). A repris des études universitaires.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Je pense que l'on va continuer à se transformer, autour de filières, c'est l'avenir, sur un parcours du patient, avec moins de moyens à l'hôpital, mais avec des coopérations avec le médico-social. On va encore réduire les durées de séjours à l'hôpital. Et puis aussi avec des coopérations avec les autres CH. Il faut renforcer le service public, et résister au privé, ils ont tendance à nous envoyer leurs échecs thérapeutiques.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>Il faudrait que chacun prenne ses responsabilités. Ça fait 6 mois qu'on parle du CREF et on n'a encore rien fait. Nous on réfléchit à des organisations et puis ça reste dans les cartons, on a l'impression de travailler pour rien. Et encore on a de la chance on est dans un hôpital qui a toute sa place sur le territoire, mais on ne prend pas les bonnes décisions au bon moment.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>Ce sont plutôt des opportunités, nous avons pu revisiter les organisations du travail, revenir sur les RTT, et avoir une organisation plus rationnelle. Parfois, il suffit d'être créatif, mais parfois c'est vraiment une contrainte, reconverter un poste n'est pas toujours possible, et du coup ça nous limite dans les soins ou l'ouverture de nouvelles activités.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>J'essaye de prévoir, d'anticiper, surtout avec le projet de pôle et le contrat de pôle, parce qu'après si on n'a pas anticipé il ne reste plus que la transformation de poste. Par contre je trouve l'intéressement en fonction de nos objectifs un bon moyen de motiver les équipes. Parfois, quand on a des médecins qui partent, on est plutôt dans la réactivité, on ne peut pas tout prévoir.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>Je trouve que c'est intéressant, il faut absolument se centrer sur le travail, essayer de faire des analyses de situation, le patient traceur devrait nous le permettre. Il faut aussi soutenir les cadres ils sont très exposés, entre l'absentéisme et les syndicats, et une administration qui elle ne nous soutient pas franchement.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Tout à fait, c'est d'ailleurs le cas ici, il y a ce lien étroit entre la DS et nous, l'information circule bien on se voit régulièrement, et plus s'il y a une urgence.</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>Mais complètement, la qualité de vie au travail, le travail bien fait sont source de performance qui elle-même entraîne une satisfaction au travail. C'est un métier passionnant.</p>

Entretien N° 13 Cadre supérieur de pôle
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Elle vient d'un autre établissement. A été recruté ici comme cadre supérieur sur le pôle interventionnel. Va prendre sa retraite dans quelques semaines, et compte travailler comme consultante dans le privé.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Sombre, il me semble que ça ne cesse de se dégrader, qu'il n'y a pas une politique cohérente. Je ne sais pas s'il y a un avenir pour les cadres supérieurs dans l'hôpital de demain. On voit bien qu'il y a une difficulté générale avec la démographie médicale, surtout les anesthésistes et puis dans certaines spécialités chirurgicales.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>Ici, c'est extrêmement difficile, je regrette d'être venu, et je pars à la retraite plus tôt que prévu. C'est impossible de faire bouger quoi que ce soit dans l'établissement, ni la DS, ni l'encadrement supérieur ne sont suivis par la direction. C'est les syndicats et les médecins qui décident de tout. On ne peut plus travailler, et il y a une ambiance délétère.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>Ça pourrait être des opportunités, mais il faudrait du courage. Revoir la gestion du temps de travail, par exemple. Mais il faudrait surtout un management, moins « à l'affect », du coup ce qui reste c'est les contraintes qui domine parce qu'on a l'impression qu'on est dans un management au coup par coup. Regardez avec l'informatique le nombre d'ordres contradictoires qu'il y a eu en quelques jours.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>Dans mon pôle, j'essaye d'anticiper, de construire des tableaux de bord des absences pour anticiper les absences longues. Mais c'est difficile, les chirurgiens ne donnent pas leur congé, comment faire pour donner ceux des agents. Et tout est comme ça.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>C'est intéressant, mais ici c'est difficile, moi je suis très déçu, on parle de qualité de vie au travail, mais il y a aussi une vraie souffrance pour les cadres et les cadres de pôle, je trouve qu'on est maltraité.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Oui, bien sûr qu'il a sa légitimité, mais à condition de ne pas être isolé, et qu'il n'y ait pas un DS bis, comme le DRH ou le directeur de la qualité, en disant oui à tout il prive le DS de sa légitimité.</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>Oui, et c'est pour ça que je ne me sens plus performante, il n'y a pas, pour moi ici de QVT. C'est très difficile dans un hôpital où tout le monde se connaît d'arriver de l'extérieur. J'arrive au bout de mon expérience ici, et je m'en vais en étant en souffrance, ce n'est pas de gaité de cœur que je quitte l'hôpital, mais ce n'est plus possible.</p>

Entretien N° 14 Cadre supérieur
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Infirmière en chirurgie dans cet hôpital, faisant fonction, puis cadre. Cadre Supérieur à la DS, adjoint du DS se pose actuellement la question d'un poste de faisant fonction de DS dans un autre CH et de la préparation du concours, ne veut pas se précipiter.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>L'hôpital a changé, mais moi aussi j'ai changé de point de vue, la DS ouvre sur les difficultés réelles des hôpitaux. Les réformes se succèdent tellement vite, on n'a pas le temps de finir la mise en place de nouvelles organisations que cela change de nouveau, alors il semble difficile d'avoir une vision à moyen terme du devenir des hôpitaux, avec les déficits qui s'accumulent.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>Nous attaquons un troisième CREF, mais pour nous, je veux dire du côté des soins, c'est difficile de voir ce que nous pouvons faire de plus, ce que l'on va gagner c'est à la marge et au prix de beaucoup de tensions. On va essayer de passer à 37h30, mais il y a de nombreux endroits où cela ne fera rien gagner, et ça risque d'exaspérer le personnel.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>C'est sûr qu'il y a des opportunités ça nous a permis de revoir les organisations de travail, de mettre en place les 12h, qui permettent une bonne prise en charge des patients, de mettre en place l'alternance jour/nuit (2 semaines de jours pour les soignants de nuit, chaque année). Mais on arrive au bout, il faudrait que cela joue maintenant sur les médecins, il y a quand même de véritables poches de non-travail.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>Dans l'idéal, c'est mieux quand on peut anticiper, former les gens aux nouvelles missions. Mais pour cela, il faut un peu de visibilité. Regardez ce que l'on essaye de faire pour l'absentéisme, avec une formation pour les cadres, et puis on se retrouve avec cette histoire d'appel d'offres et on perd notre formateur, alors qu'on a commencé avec lui et qu'on cherche une harmonisation des pratiques.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>Je trouve que c'est très intéressant, effectivement les ressources humaines sont précieuses, on ne fait pas des soins de qualité avec des gens qui sont maltraités. Ici, on essaye d'y faire attention, de mettre en place un travail sur les RPS, mais quand même on est de plus en plus à flux tendus et sans marge de manœuvre.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Oui, à la DS on a vraiment cette légitimité, parce qu'on connaît le travail à tous les niveaux, celui des soignants, mais aussi celui des cadres qui souffrent pas mal aujourd'hui, on essaye de les soutenir.</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>Oui, tout à fait. Pour moi, cela va ensemble, il n'y a pas d'équipe performante sans une bonne ambiance.</p>

Entretien N° 15 Cadre de santé
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Infirmière dans l'établissement depuis 14 ans. Cadre de Santé dans un SSR. Travaille depuis de nombreuses années dans le pôle de gériatrie, où elle a été auparavant faisant fonction de cadre, mais dans une autre unité. Elle encadre une grosse équipe d'aides-soignants.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Ce qui va dominer dans l'hôpital, c'est la médecine, la gériatrie et puis les urgences, parce qu'il n'y a plus beaucoup de médecins de ville. La chirurgie, j'ai l'impression qu'elle part vers le privé. La mission de l'hôpital, c'est d'accueillir tout le monde sans discrimination, mais c'est difficile parce que de ce fait on a les patients les plus lourds et les plus pauvres, parfois sans aucune ressource.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>Cela fait plusieurs années que cela va mal, que l'on fait des plans et que ça ne change pas. Les équipes sont inquiètes, surtout nous on n'est pas un pôle rentable, alors c'est chez nous qu'il faudrait supprimer des postes, mais le travail est difficile, je veux dire physiquement difficile, alors quand il y a un absent et qu'on ne peut pas le remplacer dès le premier jour, les relations se tendent.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>C'est avant tout des contraintes, ça nous a quand même permis de revoir les RTT, mais c'est surtout des contraintes, on est toujours à effectif minimum. Et puis il arrive de nouvelles choses à mettre en place, plus ça va et plus l'administration se décharge sur nous, et en plus quand il faudrait prendre des sanctions, on n'est pas suivis.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>Un petit rire ponctue la question. Je n'arrive pas à avoir un planning équilibré au jour le jour, alors prévoir anticiper, je n'y arrive pas. Là, il faudrait travailler en profondeur la certification autour des risques de l'unité, ce serait l'occasion de parler de bientraitance, au lieu de ça pour gagner du temps, c'est moi qui le ferait avec le cadre de pôle.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>C'est important, si l'on se soucie du personnel, il est plus attentif aux patients. Ici, le travail est difficile, il faut le dire, le reconnaître, envoyer des "stokes" positifs. Et puis arriver à mutualiser avec les autres unités du pôle, mais on a parfois du mal au sein même de l'unité.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Oui, on le sent bien avec la DS et avec le cadre de pôle qu'il y a de l'écoute et du soutien pour nous et pour les équipes.</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>Je ne sais pas trop, j'ai une grosse équipe et je travaille surtout à instaurer une bonne ambiance et de la collaboration ou de la solidarité dans l'équipe.</p>

Entretien N° 16 Cadre de santé
<p>Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?</p> <p>Cadre de santé au CH, il a un mandat syndical. Il a été auparavant, toujours au CH, rééducateur.</p>
<p>Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?</p> <p>Avec HPST, ça s'est aggravé. L'abandon du service public ou la tarification à l'activité sont de graves coups portés à l'hôpital. Les gros CH ou les CHU ne sont pas trop menacés, enfin menacés de disparaître, mais par contre, le travail est difficile, les gens sont fatigués.</p>
<p>Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?</p> <p>C'est un établissement important, recours sur le territoire. Mais on souffre, on ne voit pas vraiment où on va, on a eu plusieurs plans de retour à l'équilibre. Mais on est toujours en déficit. Ça devient difficile pour les cadres, ils n'y arrivent plus, faire des plannings avec l'absentéisme qu'on a, et puis les équipes sont tendues, les organisations en 12 h n'arrangent pas les choses.</p>
<p>Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?</p> <p>Des contraintes, de plus en plus de contraintes. Il faut qu'on soit sur tous les fronts, faire des économies par exemple avec les CAE (contrats aidés), qui ne restent pas ils ne sont pas motivés et en même temps il faut veiller à la qualité, il y a bientôt une nouvelle visite de certification. Et puis il y a l'informatique et ses incompatibilités.</p>
<p>Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?</p> <p>Pour l'hôpital, je ne sais pas. Mais moi je n'ai pas le temps d'anticiper de préparer les choses en équipe, j'ai toujours l'impression d'avoir un temps de retard, ça change tout le temps, c'est, je crois, surtout le changement qui nous manage. On n'est pas assez préparé à ça en formation.</p>
<p>Que pensez-vous du management durable ?</p> <p>C'est une belle idée, mais j'ai parfois l'impression qu'on malmène les équipes et les patients, aujourd'hui il ne faut pas qu'il y ait de temps mort. Après, avec nos équipes on essaye de rester humain, mais parfois quand même, à certains on demande plus que ce qui est raisonnable. Mais on n'a pas le choix, il y a le patient.</p>
<p>Place et légitimité du DS dans ce management ?</p> <p>Ici, on sent bien que la direction des soins limite les dégâts. D'ailleurs, on y va facilement quand il y a un souci, soit comme cadre soit avec la casquette du syndicat, et il y a une écoute. Souvent après notre intervention elle se rend sur place, fait une réunion soutient le cadre et entend l'équipe. Elle connaît les services et les gens.</p>
<p>Performance et qualité de vie au travail ?</p> <p>Ce n'est pas contradictoire, si on est bien au travail on travaille mieux. Quand on arrive à maintenir une bonne ambiance dans une équipe, les gens partent moins, ils travaillent mieux ensemble.</p>

Entretien N° 17 IDE représentant syndical	
Pouvez-vous en quelques mots vous présenter et parler de votre parcours ?	Infirmière DE, a toujours travaillé dans ce Centre Hospitalier. Elle est en détachement syndical depuis un an.
Quelle est votre vision de l'avenir de l'hôpital ?	C'est de plus en plus difficile pour les hôpitaux, nous avons de moins en moins de moyens et il y a de plus en plus d'exigences. Le secteur privé est largement favorisé, nous n'avons pas les mêmes patients. Depuis 10 ans que je suis infirmière, j'ai vu l'hôpital se dégrader. Je ne sais pas si cela pourra continuer longtemps.
Comment envisagez-vous l'avenir de votre établissement ?	Depuis que le nouveau directeur est là (3 ans), le budget s'est amélioré, mais cela ne va pas durer, notre activité n'a pas augmenté autant que prévu. Il faut renforcer les alliances avec les autres CH publics. Mais dans le coin, c'est difficile, le CH de X ne veut pas trop travailler avec nous et les chirurgiens sont dans les plus gros établissements ou dans le privé.
Les exigences législatives, économiques et financières sont-elles des contraintes ? Des opportunités ?	Ce sont des contraintes, on veut faire disparaître l'hôpital public. Bien sûr comme IDE, il y a des choses qui vont dans le bon sens, comme la qualité, mais d'autres, comme les 12 heures sont très négatives, dangereuses. Et puis l'hôpital a surtout de moins en moins d'argent, alors que les gens qui viennent ici sont souvent précaires.
Comment se manage le changement ? Réactivité ? Proactivité ?	Ici, il y a pas mal de concertation, on travaille bien avec le DRH, et aussi avec le directeur, on a l'impression qu'on est entendu, mais il faut rester vigilant. C'est quand même du coup par coup, les finances ne permettent pas trop l'investissement.
Que pensez-vous du management durable ?	Plutôt une bonne idée, mais ici ça passe mal avec les cadres de proximité, enfin, avec certains, il n'y a pas de transparence sur les plannings, et le dialogue est difficile. Ils sont systématiquement contre les personnels. Il faudrait aussi des gens qui viennent de l'extérieur.
Place et légitimité du DS dans ce management ?	Pour moi, à mon avis il a toute sa place. Mais ici, on n'y arrive pas, c'est bloqué avec le DS, on est obligé de passer par le DRH, là par exemple on travaille avec lui à la gestion du temps de travail, et ça se passe bien. Avec la direction des soins, c'est impossible, au début on a essayé pourtant.
Performance et qualité de vie au travail ?	Bien sûr, la performance nous y sommes sensibles, on voit bien en CTE que notre hôpital est un peu en difficulté, mais ce n'est pas de la faute des gens qui travaillent, il y a eu quand même quelques erreurs. Alors aujourd'hui j'ai l'impression que la performance dégrade la qualité de vie au travail.

CHA CHSCT 2014

PLAN DE PREVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

/

C.L.A.C.T.

LE CONSTAT

- Taux d'absentéisme 2013 8,25 %
- TMS en constante progression ces 5 dernières années :
- Epaule : 18 déclarations
- Canal carpien : 20 déclarations
- Epicondylite : 10 déclarations
- 3 AT pour atteinte majeure de l'épaule
- Les AS sont les agents les plus touchés

LE PLAN D'ACTION

- Actions de formation et de sensibilisation des personnels
- Etude sur l'action de l'ostéopathie
- Equipements spécifiques
- Prise en charge des personnels affectés par les TMS

ACTIONS DE FORMATIONS ET DE SENSIBILISATION DES PERSONNELS

- Assurées par 2 agents de l'établissement formés à cet effet
- 2 formations :
 - L'une sur la manutention manuelle des malades ;
 - L'autre sur la manutention manuelle des charges
- Objectifs de 48 agents formés en 2014

ETUDE SUR L'ACTION DE L'OSTHEOPATIE

- Etude réalisée sous le contrôle du Médecin du travail
- Etude réalisée par des enseignants chercheurs de l'IFOGA auprès des AS volontaires
- Etude menée en trois temps :
- Analyse des contraintes professionnelles

- Mise en œuvre d'une prise en charge ostéopathique
- Evaluation de la prise en charge de l'ostéopathie dans une démarche de prévention des TMS

DEMANDE DE FINANCEMENT POUR L'ACQUISITION D'EQUIPEMENTS SPECIFIQUES

- Pour les unités de soins, du matériel de type «lève malade» a été demandé (3 pour les unités Fa., Mi.et Do)
- Pour les équipes de brancardage du matériel d'aide mécanisée de type « multi bed mover » (2 pour l'équipe du bloc et l'équipe de pôle FME)

PRISE EN CHARGE DES PERSONNELS AFFECTES PAR LES TMS

- Ouverture de consultations spécialisées en pathologie rachidienne et thérapie manuelle dans le service de rééducation fonctionnelle
- Une vacation accessible aux agents du CHA souffrant de TMS et sur indication de la médecine de santé au travail.

RONGICONI

Jean-Pierre

Décembre 2014

Directeur des Soins

Promotion 2014

Le changement soutenable : un enjeu pour le Directeur des Soins

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Paris 7 Diderot

Résumé :

Les crises économiques successives, les crises sanitaires, le consumérisme et la judiciarisation en matière de santé ont conduit les hôpitaux à se restructurer pour améliorer leur productivité, leur performance, la qualité et la sécurité de leurs services.

Cet effort considérable a eu pour effet une intensification du travail. Dans ce contexte, le directeur des soins maintient pour les paramédicaux un travail soutenable. C'est-à-dire qu'il veille au maintien des compétences, de l'employabilité et préserve la santé au travail, avec les services concernés. Une organisation des soins résolument tournée vers la coopération, un management soutenable semblent être un des leviers du changement soutenable.

D'autant plus, qu'aujourd'hui s'engage une étape plus radicale encore du changement, une recomposition du paysage hospitalier dans un contexte de crise économique et financière sans précédent. Dans ce contexte, les valeurs inscrites dans le management soutenable prennent toute leur importance : donner du sens à l'activité, respecter le temps des hommes, afficher les valeurs historiques de l'institution.

Bâtir le changement sur la qualité des soins comme pièce maîtresse de la qualité de vie au travail permet au directeur des soins l'amélioration de la performance et la construction d'un hôpital attractif pour les paramédicaux et les patients.

Mots clés :

Directeur des Soins. Travail soutenable, management soutenable, changement soutenable. Hôpital attractif. Qualité de vie au travail. Responsabilité sociale des entreprises.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.