



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : 2017

Date du Jury : Décembre 2017

**L'épuisement professionnel des
cadres de santé : un enjeu pour le
Directeur des Soins**

Fabienne SILLY

Remerciements

Tous mes remerciements aux différents professionnels qui ont accepté de participer à ce travail de recherche.

Je souhaiterais remercier particulièrement Mme Odessa Petit dit Dariel pour ses conseils et nos échanges.

Cécile Kanitzer pour son accompagnement et sa bienveillance lors de cette année de formation.

Isabelle Monnier pour la qualité des ateliers mémoire.

Mes tuteurs de stage pour leur accueil et leur partage d'expériences.

Un merci particulier à mes collègues de promotion, Patrick, Murielle, Vanessa, pour nos échanges et discussions diverses...

Je tiens à remercier mes proches et particulièrement mes enfants, pour leur soutien au cours de cette année de formation.

Sommaire

Introduction	1
1 CADRE CONTEXTUEL.....	5
1.1 L'hôpital, une institution complexe, instable et en mutation	5
1.2 Le management se complexifie.....	6
1.3 La question de l'identité cadre.....	9
2 CADRE CONCEPTUEL	11
2.1 L'épuisement professionnel ou burn out.....	11
2.1.1 Historique.....	11
2.1.2 Définitions	12
2.1.3 Manifestations de l'épuisement professionnel ou burn out	14
2.2 La reconnaissance	14
2.2.1 Définitions	15
2.2.2 La reconnaissance au travail.....	17
2.3 Le management participatif	18
2.3.1 Historique de la démarche participative.....	18
2.3.2 Le management participatif	20
2.3.3 Le management participatif : une démarche stratégique	20
2.4 La qualité de vie au travail.....	23
2.4.1 Les enjeux de la QVT.....	23
2.4.2 Historique.....	23
2.4.3 Définition	24
2.4.4 Facteurs influençant la QVT	24
2.4.5 Le coping	25
2.4.6 La hardiesse	25
2.4.7 Les caractéristiques organisationnelles.....	25
2.4.8 Les conditions de travail.....	26
3 ANALYSE DE L'ENQUETE DE TERRAIN	27
3.1 Choix de la méthode utilisée	27

3.1.1	Avantages	27
3.1.2	Limites	27
3.2	Terrains d'enquête.....	28
3.3	Analyse des entretiens	30
3.3.1	Définitions du burn out ou épuisement professionnel.....	30
3.4	La modification du travail	31
3.5	Nature des difficultés rencontrées par l'encadrement	34
3.6	La fonction d'encadrement.....	37
3.7	Le management institutionnel	39
3.8	Les attentes des acteurs.....	41
3.9	Les outils de prévention de l'épuisement professionnel.	42
3.10	Synthèse des entretiens	44
4	STRATEGIE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS POUR PREVENIR L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES CADRES DE SANTE	47
4.1	Le projet de soins infirmiers, de rééducations et médico-techniques	47
4.1.1	Recentrer l'encadrement sur son « cœur de métier »	47
4.1.2	Conforter l'implication de l'encadrement dans la gestion des risques associée aux soins	48
4.2	Le projet managérial	49
4.2.1	L'analyse des pratiques professionnelles.....	49
4.2.2	La mobilité	50
4.2.3	Les réunions d'encadrement.....	51
4.2.4	Le coaching professionnel	51
4.3	La formation facteur de prévention de l'épuisement professionnel.....	52
4.3.1	La formation à l'IFCS	52
4.3.2	Le développement professionnel continu (DPC)	53
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 1 : Grille d'entretien Directeur des Soins / D.R.H / D.G	II
	Annexe 2 : Grille d'entretien cadre supérieur de santé et cadre de santé.....	III

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration de Conditions de Travail

APP : Analyse des Pratiques Professionnelles

CDS : Cadre De Santé

CGS : Coordinatrice Générale des Soins

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSP : Cadre Supérieur de Pôle

DCGS : Directrice Coordinatrice Générale des Soins

DG : Directeur Général

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPC : Développement Professionnel Continu

DRH : Directeur des Ressources Humaines

DS : Directeur des Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante

ETP : Equivalent Temps Plein

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAS : Haute Autorité de Santé

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

LDP : Lieu de Développement Professionnel

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

QVT : Qualité de Vie au Travail

RH : Ressources Humaines

RPS : Risques Psycho Sociaux

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SSR : Service de Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« Je n'arrive plus à recruter des cadres de santé, ni à mobiliser des soignants pour les accompagner vers ce projet professionnel d'encadrement. J'ai d'ailleurs un cadre qui a pris la décision de partir en disponibilité pour exercer comme infirmière libérale ! ». Ce discours est relaté par une Directrice Coordinatrice Générale des Soins (DCGS) lors d'un stage effectué dans un établissement. Par ailleurs lors de ce stage, nous avons observé l'absentéisme de cadres. Pour autant cet état de fait n'est pas nouveau en soi. En 1998, l'Agence Européenne pour la sécurité et la santé au travail tirait la sonnette d'alarme : stress et épuisement professionnel seraient responsables d'un absentéisme croissant dans les entreprises et plus dramatique, de suicides.

Ce constat est toujours d'actualité. Effectivement avant de suivre la formation de Directeur des Soins (DS), l'établissement dans lequel nous exercions était lui aussi confronté aux difficultés rencontrées par l'encadrement de proximité. Des cadres qui ont une amplitude de travail très large et qui pour autant n'arrivent plus à accompagner les projets. L'apparition de maladies, de malaises, de crises de larmes car incapables de gérer l'absentéisme exponentiel, les conflits, l'incapacité à accompagner les différentes réformes successives et les projets qui s'y rattachent.

Il est vrai que ces dernières années les réformes hospitalières se sont succédées :

Tarifification à l'activité en 2004 avec le « Plan hôpital 2007 »

Nouvelle gouvernance et pôles d'activités en 2005

Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)¹ en 2009

Loi de Modernisation de Notre Système de Santé (LMNS)² en 2016

L'encadrement a dû accompagner ces différentes réformes hospitalières tout en répondant aux exigences de qualité et de sécurité des soins, de gestion des risques, de réponse aux besoins de santé des populations, à travers notamment des certifications des établissements de santé. Cela représente autant de défis auxquels l'encadrement doit répondre quotidiennement et ce, dans un contexte financier contraint et de gestion de l'absentéisme de plus en plus prégnant.

L'hôpital est devenu un « producteur de soins » visant la performance comme toute entreprise. Cette vision de performance répond aux exigences réglementaires mais peut heurter en termes de valeurs et donc créer un sentiment de malaise, voire d'incompréhension de la part des professionnels.

¹ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Cependant l'encadrement doit accompagner les équipes soignantes dans la mise en place de ces réformes gouvernementales, au risque d'aller à l'encontre de ses propres valeurs.

En 2009, C de Singly³, dans le rapport de la mission des cadres hospitaliers met en avant le rôle central du cadre comme « élément crucial » mais observe également des « difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle, un besoin d'être aidé, un besoin de reconnaissance et de confiance ». Nous le constatons encore aujourd'hui, l'encadrement est en difficulté.

Les différentes réformes hospitalières ont modifié les modes de management. Cependant les contextes économiques, financiers et sociétaux ont également des impacts sur le travail des cadres et méritent d'être accompagnés au risque d'aboutir à un épuisement professionnel.

Les pouvoirs publics ne s'y trompent pas et ont pleinement conscience des enjeux que représentent l'épuisement professionnel en termes de santé publique et d'économie. Que ce soient les autorités gouvernementales, à travers la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) ou la Haute Autorité de Santé (HAS), cette problématique fait l'objet d'études afin d'être solutionnée. C'est ainsi que sont apparus la prévention des risques psychosociaux (RPS) ou la qualité de vie au travail (QVT). Le rapport Gollac⁴, diligenté par le ministère du travail avait pour objectifs d'identifier, de quantifier et de suivre ces risques, l'épuisement professionnel en fait partie. Les hôpitaux, confrontés aujourd'hui à cette problématique d'épuisement professionnel, sont invités à mettre en place des outils afin de contrer cette difficulté notamment à travers les certifications.

En référence à l'article 4 du Décret n°2002-550 du 19 Avril 2002⁵, le Directeur des Soins (DS) organise, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique des soins de l'établissement.

Le référentiel de compétences des Directeurs des Soins de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publiques⁶ (EHESP) de Décembre 2014 dans sa référence C4 « Management de

³ C. De Singly « Rapport de mission des cadres hospitaliers » Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Septembre 2009

⁴ www.travail-emploi.gouv.fr M.Gollac, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser

⁵ Décret n°2002-550 du 19 Avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière

⁶ Référentiel de compétences des Directeurs des Soins, EHESP, Décembre 2011, mise à jour Décembre 2014

l'encadrement partagé et institutionnalisé » stipule la co-construction d'une cohésion de l'ensemble de l'encadrement institutionnel en suscitant une dynamique d'engagement des équipes dans leurs missions institutionnelles en s'appuyant sur une démarche pluriprofessionnelle au service de la prise en charge du patient ».

Nous constatons ici les missions du DS : accompagner l'encadrement dans la mise en œuvre des politiques institutionnelles. Cela demande une connaissance et une proximité fine du terrain dans un contexte en perpétuel changement. Le travail des cadres aujourd'hui a changé, évolué en fonction des réformes mises en œuvre. L'évolution de l'encadrement paramédical à l'hôpital est marquée par une spécialisation croissante des fonctions, par un changement de la hiérarchisation qui n'est plus seulement verticale mais également transversale. Ces changements modifient les perceptions de l'encadrement qui se trouve en difficulté par la perte de repères à un groupe. Une des difficultés notamment, pour l'encadrement aujourd'hui est l'absence de collectif. En effet comment le cadre peut s'identifier à un groupe professionnel qui semble en recherche de sens ? Les différentes réformes mises en place, les changements sociétaux, ont introduit à l'hôpital un individualisme faisant passer du « nous » au « je ». Ces changements identitaires aboutissent, à ce jour, à un malaise croissant des équipes d'encadrement, qui sans accompagnement risque d'aboutir à de l'épuisement.

En tant que futur DS, ces constats interpellent et interrogent. En effet le DS doit pouvoir s'appuyer sur une équipe d'encadrement solidaire, positionnée afin que la politique institutionnelle soit mise en œuvre dans les unités de soins et réponde ainsi aux besoins de santé de la population.

Face à ces constats, la question centrale de cet objet d'études est : **en quoi un management participatif du DS est-il un facteur de prévention de l'épuisement professionnel de l'encadrement ?**

Afin d'explorer cette problématique, nous émettons les hypothèses suivantes :

Si le DS communique sur ses attentes vis-à-vis de l'encadrement, alors cela donnera du sens et de la pertinence au travail des cadres.

Si le DS connaît la réalité du travail des cadres, alors l'encadrement sera reconnu dans le travail réalisé.

Pour éclairer cette étude dans une première partie nous évoquerons la transformation du travail des cadres. Une seconde partie posera les concepts sur lesquels se fonde cette

étude. Une troisième partie analysera l'enquête menée sur le terrain et nous terminerons par des préconisations afin de prévenir l'épuisement professionnel de l'encadrement.

1 CADRE CONTEXTUEL

1.1 L'hôpital, une institution complexe, instable et en mutation

Les réformes hospitalières se sont succédées depuis quelques années et ont modifié les institutions et le travail effectué. Le passage à la Tarification à l'activité (T2A) lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 » a modifié les modes de prises en charge des patients en instaurant le calcul des ressources à partir d'une mesure de l'activité produite. La mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) via les groupes homogènes de malades (GHM) ou de groupes homogènes de séjours (GHS) ont induit un turn-over de patients plus important. En effet, afin de répondre aux exigences réglementaires, l'encadrement a dû s'adapter dans un objectif d'optimisation des séjours : diminution de la durée moyenne de séjour (DMS), gestion des lits plus forte, mise en place de parcours patient dans un objectif d'optimisation des séjours.

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005⁷ a vu la mise en place de la nouvelle gouvernance, à travers notamment, la création des pôles d'activité. Le but de cette première réforme de la gouvernance hospitalière est de mettre en place une coordination entre les médecins et les responsables administratifs. L'ordonnance du 2 Mai 2005 entend « lever les freins qui pèsent sur les hôpitaux » et mettre fin au « dangereux désenchantement des praticiens et de l'ensemble du personnel soignant et administratif ». Cette ordonnance met également en place une organisation médicale interne simplifiée avec les pôles d'activités qui doivent permettre un décloisonnement de l'hôpital.

La Loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 Juillet 2009⁸ consacre la réforme du management de la santé en milieu hospitalier. Elle affiche l'ambition de réorganiser et de moderniser l'ensemble du système de santé. Concernant l'hôpital, le texte renforce le rôle du chef d'établissement. L'un des objectifs de cette loi est de passer d'une politique hospitalo-centré à une ouverture de l'hôpital sur la ville. La Loi HPST induit un bouleversement important sur les organisations et les pratiques et donc sur les modes de management.

Dans cette perspective, le Décret 2010-656 du 11 Juin 2010⁹ relatif aux pôles d'activités cliniques vient préciser les rôles et missions du chef de pôle. Les chefs de pôles

⁷ Ordonnance n° 2005-406 du 2 Mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

⁸ Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁹ Décret n° 2010-656 du 11 Juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico technique dans les établissements publics de santé

clinique ou médico-technique sont à la fois médecins et désormais managers de leurs pôles. Ils sont investis d'une réelle autorité déconcentrée à travers le contrat de pôle. Désormais, accompagné d'un cadre de santé ou cadre de pôle et, d'un cadre administratif, le chef de pôle d'activité organise avec son équipe le fonctionnement du pôle et non plus le seul fonctionnement technique de ce pôle. La contractualisation interne, la délégation de signature du directeur de l'hôpital au médecin responsable de pôle, transforment la politique et le management de l'hôpital. Revers de la médaille, la contractualisation a parfois vu l'émergence de concurrence entre pôles, rendant les relations professionnelles parfois difficiles et tendues.

De plus, par la mise en place des pôles d'activités, l'encadrement est placé sous deux autorités : fonctionnelle et hiérarchique. L'autorité fonctionnelle est exercée par le chef de pôle qui a autorité sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement afin de mener à bien sa politique de gestion est d'assurer le bon fonctionnement du pôle. Cette autorité comprend l'affectation des ressources en fonction de l'activité et des objectifs prévisionnels du pôle. L'autorité hiérarchique est exercée par le cadre supérieur de pôle. Cette double autorité peut apparaître comme une difficulté pour l'encadrement notamment en termes de prise de décision ou de positionnement.

1.2 Le management se complexifie

Les réformes successives ont vu le management se complexifier. L'encadrement doit accompagner les équipes soignantes dans l'appropriation des changements de mode de prise en charge, mais doit également composer avec des modifications de ses propres activités. Le cadre est constamment en inter-relation avec d'autres professionnels (équipes soignantes, communauté médicale, services logistiques) dans et en dehors de l'hôpital, ainsi qu'avec les patients et leurs familles. Ces multiples activités induisent une lisibilité du travail du cadre beaucoup moins perceptible car très morcelé. Paule Bourret dans son ouvrage « Les cadres de santé à l'hôpital » montre tous les liens invisibles du cadre de santé dans son activité professionnelle. Elle décrit le travail des cadres comme une « boîte noire ».

Le travail des cadres questionne et ce depuis longtemps déjà. De Montmollin en 1984 pose la question suivante : « les cadres travaillent-ils ? ». Il note dans ses travaux de recherche l'absence de référence à leurs activités. Dans les années 1990, les travaux sur les cadres sont de plus en plus nombreux et les écrits portent sur le stress et les difficultés rencontrées par ces derniers. Les dernières études montrent la méconnaissance, la sous-estimation des difficultés et l'idéalisation du travail des cadres.

Aujourd'hui le nombre d'informations et de connaissances à manipuler est devenu très important. La position des cadres les conduit à faire un travail de mise en relation, à jouer un rôle de médiation, d'intermédiaire, entre des logiques, des personnes, des groupes. A l'hôpital, ce rôle prend une importance considérable car l'organisation est construite sur un nombre conséquent de professionnels amenés à travailler ensemble. Les cadres doivent donc faire travailler ensemble les professionnels qui pourtant, occupent des territoires distincts. A cette exigence s'ajoute aujourd'hui, une contrainte financière qui implique de « tirer » le meilleur parti de chacun. Le travail des cadres consiste à manager, encadrer, coordonner, articuler le travail des professionnels. Pour autant gérer l'humain n'est pas aisé et l'encadrement est régulièrement confronté à des difficultés ; en effet comme l'écrit Paule Bourret¹⁰ « Ils ne réalisent pas eux-mêmes les soins, ils ne mettent pas « la main à la pâte ». Leur travail ne peut être défini précisément ; il est aléatoire, protéiforme ». Véronique Haberey – Knuessi et Jean Luc Heeb dans leur article « Le vécu des cadres hospitaliers »¹¹ évoquent également l'invisibilité du travail du cadre : « Dans la gestion du quotidien, c'est le caractère invisible de nombreuses activités qui pèse lourdement sur les cadres. Des activités dont on ne prend conscience que lorsqu'elles dysfonctionnent ». Cette invisibilité du travail, par la perte de reconnaissance des activités effectuées, peut avoir des répercussions sur le management entraînant des difficultés de mise en œuvre des politiques institutionnelles. Cela peut également avoir un impact sur les équipes paramédicales qui ne trouvent plus ou pas de sens à ce qui peut leur être demandé.

L'étude européenne PRESST-NEXT¹² effectuée en 2004 visait une compréhension des facteurs pouvant déterminer l'abandon prématuré de leur profession par les soignants. Cette investigation a eu également pour but de fournir des actions de promotion de la santé au travail. En France, cette étude a vu 5376 participants dont 480 cadres :

369 cadres de proximité

111 cadres supérieurs

Dans cette étude, les cadres indiquent avant tout souffrir d'un déficit de reconnaissance. Il apparaît également que la prise d'initiative quotidienne sans concertation avec des pairs soit un facteur source de stress et de malaise. Les cadres de proximité sont ceux qui expriment avoir le moins de soutien de la part de leurs collègues. Le sentiment d'inconfort et de malaise est clairement exprimé par les cadres de proximité qui se disent très souvent en position d'inconfort, entre une direction dont ils ne partagent pas toujours les objectifs et les soignants à qui ils doivent les faire accepter. Par ailleurs, il semble que les temps

¹⁰ P. Bourret, Les cadres de santé à l'hôpital : le travail de lien invisible, Seli Arslan, 2006, p45

¹¹ V. Haberey – Knuessi et JL Heeb « le vécu des cadres hospitaliers » Revue Krankenpflege -Soins infirmiers '2014 p60-64

¹²www social-sante.gouv.fr M Estryn-Behar, Etude PRESST-NEXT, partie 1, Janvier 2004

d'échanges verbaux (transmissions) soient réduits ce que déplorent nombre de cadres, ce qui a un impact plutôt négatif sur les relations professionnelles cadres/ équipes soignantes.

Nous avons vu que les différentes réformes hospitalières ont transformé le travail des cadres. Les cadres expriment et déplorent cet état de fait au cours de cette étude. En effet, la gestion administrative des unités a pris le pas sur le management d'équipe et de projets. De même que la succession des réformes laisse peu de place à la mise en œuvre et à l'évaluation des objectifs fixés par ces réformes. Ces sentiments de travail non achevé, voire de « sale boulot » comme peut l'exprimer Dominique Lhuillier¹³ ou de « qualité empêchée » pour Yves Clot¹⁴, font que l'envie de quitter définitivement sa profession au moins plusieurs fois par mois est nettement exprimée, dans cette étude, par les cadres de proximité.

Par ailleurs nombre de cadres craignent d'effectuer des erreurs dans les dossiers stratégiques qu'ils ont à traiter. Cette crainte est difficile à vivre car ils savent qu'une telle erreur de leur part pourrait avoir des conséquences non négligeables sur leur unité, engageant par-là leurs équipes soignantes. Les interruptions de tâches ainsi que l'hyper sollicitation sont également des facteurs qui accroissent le stress et la tension.

De même selon un article extrait du site officiel-prévention.com, de nombreuses décisions managériales semble privilégier une démarche de réalisation de changement explicité sous forme d'exigence en négligeant la compréhension et l'appropriation par les cadres qui auront à les mettre en œuvre. Cela engendre alors de l'anxiété, un sentiment de perte de repères et de savoir-faire.

Dans un contexte financier contraint les cadres doivent donner de l'espoir, améliorer le moral et la motivation de leurs collaborateurs ou au contraire gérer et accompagner des plans sociaux, des mobilités forcées, des dégradations de conditions de travail qui bien souvent vont à l'encontre de leur éthique professionnelle.

Ces modifications peuvent entraîner, auprès des encadrants certaines difficultés comme le montre l'étude « Bien-être au travail » publiée par l'Institut Think¹⁵ en 2014. Cette étude montre que 17% de la population active serait potentiellement en situation de « burn out » ; ce pourcentage monte à 24% pour les managers. Près d'un salarié sur deux (48%) se dit confronté, soit directement, soit via un proche, à une situation de « burn out ». Ce pourcentage grimpe à 56% pour les cadres et managers, tandis que les femmes sont plus

¹³ D Lhuillier, Revue travailler, 2005/2 n°14

¹⁴ Y Clot, Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux, Paris, La Découverte, 2010, 192p

¹⁵ www.institut-think.com, Etude « Bien être au travail » auprès des salariés français, 2014

touchées que les hommes (53%). Dans le milieu hospitalier nous savons que l'encadrement est majoritairement représenté par une population féminine et donc susceptible d'être plus touchée par l'épuisement professionnel.

Nous le constatons, que ce soit par l'étude PRESST-NEXT en 2004 ou « Bien-être au travail par Think en 2014 la thématique de l'épuisement professionnel de l'encadrement reste un enjeu majeur aujourd'hui encore.

1.3 La question de l'identité cadre

Au-delà de l'absence de reconnaissance évoquée par les cadres, la mise en place des pôles a parfois engendré une certaine balkanisation qui n'est pas propice à l'émergence de collectif cadre. Le cadre de santé se voit isoler et parfois démuné face à certaines problématiques. L'absence d'échange favorisant alors l'isolement, le repli sur soi, la littérature parle de « malaise identitaire ».

La question de l'identité du cadre effectivement, se pose. L'expression « cadre de santé » est officielle depuis le 31 Décembre 2001, elle est donc récente. Elle remplace le terme de surveillante, traditionnellement utilisé dans les hôpitaux jusqu'à cette date. En 1943, un décret officialise la fonction de surveillante ; il réaffirme la double autorité à laquelle est soumise la surveillante : celle du directeur pour l'administratif et celle du médecin chef pour les soins. Nous retrouvons là la double autorité à laquelle sont soumis les cadres aujourd'hui avec la mise en place des pôles. Par ailleurs, il est à noter qu'il n'y a pas de formation spécifique pour les surveillantes qui souvent, sont des infirmières expertes et reconnues pour leurs compétences en soins. La fonction consiste toujours à contrôler le travail de soins, assurer l'intendance, surveiller le personnel et le respect des règlements.

A partir de 1950, l'hôpital connaît une transformation radicale et dès 1958, une formation est proposée aux surveillants par le Décret n°58-1104 du 14 Novembre 1958¹⁶. Ces programmes sont actualisés en 1966 et 1975. La fonction de cadre a tenté de prendre sa place dans un contexte d'évolution importante de la médecine : l'hôpital se développe, les conditions financières et de travail des personnels s'améliorent progressivement. Pendant toute cette période, l'hôpital public se développe avec pour but un accès aux soins pour tous. Au fil du temps les logiques vont évoluer pour s'accorder vers une gestion accrue des soins. La surveillante ne sera plus une infirmière experte en soins mais un cadre de santé dont l'orientation principale sera la gestion : un nouveau programme de formation des cadres voit le jour en 1995. Cette formation davantage accès sur le management d'équipe,

¹⁶ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteur (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e)

par les échanges et les retours d'expériences pouvait présager de l'émergence d'un collectif. Il semblerait qu'il en soit autrement. M.C. Chauvarny dans son article « Cadre de santé : une crise identitaire »¹⁷ évoque une position du cadre de plus en plus solitaire. La prise en compte des modes de fonctionnement de l'entreprise dans la gestion hospitalière a entraîné une remise en cause des identités sociales « qui traduit le passage de relations communautaires à des relations sociétares ». Le cadre de santé ne travaille plus en collectif mais en individuel. La multiplicité des tâches à laquelle il est confronté l'éloigne des personnels autour desquels il évolue.

L'évolution de l'encadrement paramédical à l'hôpital est marquée par une spécialisation croissante des fonctions, par un changement de la hiérarchisation qui n'est plus seulement verticale mais également transversale. Ces changements modifient les perceptions de l'encadrement qui parfois, se trouve en difficulté car en perte de repères à un groupe.

Véronique Haberey- Knuessi et Jean Luc Heeb¹⁸ dans leur article « Le vécu des cadres hospitaliers » évoquent cette perte de repères, cette absence de collectif ressenties par les cadres : « le cadre vit la situation paradoxale d'être à la fois sollicité de toutes parts tout en vivant sa mission dans une extrême solitude ».

Car les contours de la mission des cadres restent flous. En effet chacun peut en avoir sa propre définition car les visions de ce métier sont différentes. C'est ce qu'exprime Mélanie Pessel¹⁹ dans l'article « Cadre aujourd'hui, une perpétuelle adaptation » par ses mots : « C'est une profession aux limites d'exercice floues », une autre cadre, dans ce même article dit : « On est à l'interface entre les différents professionnels de santé, aux différents niveaux de la hiérarchie. Mais la fonction n'est pas formatée ». Il y aurait donc autant de manières de travailler cette fonction cadre qu'il y a de cadre. Difficile dans ces conditions de s'identifier, de créer du lien, voir du collectif.

Ce chapitre nous montre l'évolution du métier de cadre, entre réformes hospitalières et réformes de formation. Les cadres sont habitués « à prendre le train en marche » pour autant force est de constater qu'il est toujours difficile pour eux de se situer et d'accompagner les directives qui s'imposent à eux. La multiplicité des tâches inhérentes à leurs fonctions, l'invisibilité du travail effectué, la non reconnaissance sont sources d'insatisfaction pouvant faire émerger un sentiment de malaise et à plus long terme d'épuisement professionnel.

¹⁷ www.carnetsdesante.fr, M.C Chauvarny, Cadre de santé, une crise identitaire, 2008

¹⁸ V Haberey-Knuessi, JL Heeb « le vécu des cadres hospitaliers » Revue Krankenpflege – Soins infirmiers 4/2014, p60-64

¹⁹ M Pessel « Cadre aujourd'hui, une perpétuelle adaptation » Revue Objectifs Soins n°246, Mai 2016

2 CADRE CONCEPTUEL

2.1 L'épuisement professionnel ou burn out

2.1.1 Historique

L'épuisement professionnel ou burn out n'est pas un syndrome nouveau en soi. En effet, l'Ancien Testament y faisait référence tout comme des écrits du médecin suisse Samuel Auguste Tissot en 1770. Au XIX siècle, Flaubert²⁰ sacrifiait sa vie sociale et sentimentale à son insatiable appétit de travail. Le terme de burn out apparaît officiellement en 1969 sous la plume de H.B. Bradley²¹ dans son article traitant du stress lié au travail. Cette étymologie sera reprise par le psychanalyste Hebert Freudenberger²² en 1974, décrivant la démotivation des employés d'un centre de désintoxication, inaugurant ainsi les premières réflexions théoriques sur ce sujet. En 1976, la psychologue Christina Maslach²³, par ses travaux, contribue à faire émerger cette notion par ses études scientifiques dans ce domaine.

A travers ce bref historique, nous comprenons que cette notion n'est pas récente en soi, peut-être doit-elle son succès au fait qu'elle a su décrire et de ce fait cristalliser une préoccupation sociétale ?

A ce jour, le syndrome d'épuisement professionnel n'est pas considéré comme une maladie dans les classifications de référence (CIM-10 et DSM-5). Il se rapproche d'autres situations non spécifiques telles que la souffrance au travail ou les effets du stress lié au travail. Il est à noter, qu'après les affections de l'appareil locomoteur, la souffrance psychique causée ou aggravée par le travail est le second groupe d'affection d'origine professionnelle décrit dans la population salariée active française²⁴.

Par ailleurs, le concept de burn out connaît aujourd'hui de multiples définitions sans doute aussi parce qu'il toucherait entre 5 à 20% de la population active. En France, ce taux serait même de 50% dans certaines professions, essentiellement soignantes. On comprend ici les enjeux économiques et de santé publique que cela représente.

L'étude de Paines²⁵ en 1970 estimait que le coût des 23 millions de cadres ayant souffert de burn out se situait entre 10 et 20 milliards de dollars par an. En 2005, Maslach estime

²⁰ P.Zawieja, le burn out, Que sais-je, Puf, 2015,

²¹ ibid

²² ibid

²³ ibid

²⁴ I Khireddine et al, La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidémiol Hebdo, 2015

²⁵ P. Zawieja et F. Guarnieri, L'épuisement professionnel, diagnostic, analyse, prévention, Collection U Arman Colin, 2015, p13

ce coût à 300 milliards de dollars, intégrant alors les arrêts maladie, les incapacités longues de travail et la rotation du personnel. En Europe, en 2010, le coût du stress professionnel, qui est apparenté au burn out, a été estimé à plus de 20 milliards d'euros. En France, en 2007, les estimations sont de 1,9 à 3 milliards mais très certainement inférieures aux chiffres réels car les critères utilisés, à savoir forte pression subie et absence d'autonomie n'ont été que les seuls retenus.

2.1.2 Définitions

Nous l'avons évoqué, le burn out revêt différentes définitions. Nombre d'entre elles s'attachent surtout aux professions aidantes. En 1978, Robert Kahn²⁶, définissait le burn out comme « un syndrome d'attitudes inadéquates à l'égard des clients et de soi-même, souvent lié à des symptômes physiques et émotionnels désagréables.

En 1982, Maslach²⁷ écrivait que le burn out est « un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de perte du sentiment d'efficacité personnelle, susceptible de survenir chez des sujets travaillant, de quelque façon que ce soit, avec d'autres êtres humains. Il s'agit d'une réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe durablement d'autres personnes, en particulier lorsqu'elles sont dans le besoin ou ont des problèmes ». Cependant d'autres auteurs ont élargi le concept de burn out à d'autres professions et à d'autres champs. Freudenberger et Richelson en 1980 le définissent comme « un état de fatigue ou de frustration, occasionné par un évènement, un style de vie ou une relation qui ne produit pas le bénéfice escompté ». Nous notons ici que le burn out ne saurait être restreint à la seule expression professionnelle.

D'autres auteurs, tels que Pines et Aronson²⁸ en 1988 définissent le burn out comme étant un état, voir la phase finale d'un processus : « état d'épuisement physique, émotionnel et mental lié à une longue exposition à des situations exigeant une implication émotionnelle importante ». Pour autant cette définition n'établit pas à quel moment la personne est en état de burn out, laissant à chacun décider de son libre arbitre.

Il est également apparu une approche plus dynamique du burn out. Cherniss²⁹ en 1980 le définit comme « un processus où se retranche un collaborateur jusqu'ici impliqué, en réaction aux exigences et au fardeau de son travail ». Edelwich et Brodsky³⁰ l'évoquent comme « une diminution progressive de l'idéalisme, de l'énergie, de l'ambition et de la

²⁶ P.Zawieja et F. Guarnieri, L'épuisement professionnel, diagnostic, analyse, prévention, Collection U Arman Colin, 2015, p11

²⁷ Ibid p 11

²⁸ Ibid p11

²⁹ Ibid p 11

³⁰ Ibid p 11

participation, résultant des conditions de travail ». Nous notons ici, à travers ces définitions un désengagement de l'individu dans son activité de travail, d'où l'aspect dynamique évoqué précédemment.

Cependant, une définition semble faire consensus, celle de Schaufeli et Enzmann³¹

« Le burn out est un état d'esprit durable, négatif et lié au travail affectant des individus « normaux ». Il est d'abord marqué par l'épuisement, accompagné d'anxiété et de stress dépassé, d'un sentiment d'amoindrissement de l'efficacité, d'une chute de la motivation et du développement de comportements dysfonctionnels au travail. Cette condition psychique est progressive et peut longtemps passer inaperçue du sujet lui-même. Elle résulte d'une inadéquation entre les intentions et la réalité professionnelle. Le burn out s'installe en raison de mauvaises stratégies d'adaptation associées au syndrome, souvent auto-entretenu ».

Pour autant toutes ces définitions ne sauraient être exhaustives. En effet, l'épuisement seul est-il suffisant pour poser le diagnostic de burn out ou d'autres symptômes sont-ils également nécessaires ? Souhaitant élargir le spectre, Maslach et Leiter³² en 1997, décrivent le burn out comme « l'indice d'un écartèlement entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il représente une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté – une érosion de l'âme humaine. C'est une souffrance qui se renforce progressivement et continûment, aspirant le sujet dans une spirale descendante dont il est difficile de s'extraire...Qu'arrive-t-il lorsque le burn out vous gagne ? En fait, trois faits surviennent : vous vous sentez chroniquement épuisé ; vous devenez cynique et vous vous détachez de votre travail ; et vous vous sentez de plus en plus inefficace dans votre job ». Pour la première fois, cette définition aborde des thèmes forts tel que les valeurs ou la dignité, signe que le burn out ne comprend pas seulement des symptômes physiques mais également psychologiques, souvent plus difficilement décelables. Le Rapport Gollac³³ reprend ces notions à travers la notion de « souffrance éthique » qui serait « un mal être ressenti par le travailleur lorsque ce qu'on lui demande de faire est en opposition avec ses normes professionnelles, sociales ou subjectives, compte tenu de la nature du travail à réaliser ou encore de temps et des moyens dont il dispose ».

Nous le voyons, le burn out est difficile à définir, la multitude de définitions aux contours mouvants ne fait que surenchérir cette constatation.

³¹ P. Zawieja, le burn out, Que sais-je PUF, 2015, p15

³² P ; Zawieja et F. Guarnieri, l'épuisement professionnel, diagnostic, analyse, prévention, Collection U Arman Colin, 2015, p12

³³ www.travail-emploi.gouv.fr M.Gollac, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser

2.1.3 Manifestations de l'épuisement professionnel ou burn out

Il est admis de classer en cinq catégories ces manifestations :

- Physiques,
- Emotionnelles,
- Interpersonnelles,
- Attitudinales
- Comportementales

Les manifestations physiques et émotionnelles regroupent fatigue chronique qui ne cède pas au repos, troubles du sommeil, douleurs musculo-squelettiques, troubles gastro-intestinaux, transpiration, angoisse, affaiblissement des défenses immunitaires rendant la personne plus vulnérable aux infections virales. D'autres manifestations comme la tachycardie, l'hypercholestérolémie ou l'hypertriglycéridémie peuvent également être observées. Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres manifestations physiques ou émotionnelles peuvent être observées.

Les manifestations interpersonnelles, attitudinales et comportementales comprennent : une mauvaise hygiène de vie, une pratique sportive réduite mais nous pouvons également observer une pratique excessive du sport. L'apparition d'addictions au tabac, alcool, café, tranquillisants sont courants. Il est noté également une certaine irritabilité, une moindre tolérance à la frustration, une agressivité, une perte de l'estime de soi, une tristesse, un sentiment d'impuissance, un désengagement professionnel, une détérioration des relations avec l'entourage proche (conjoint, collègues, patients...).

Ces différentes manifestations se combinent entre elles d'où parfois une certaine difficulté dans la prise en charge et le suivi de la personne à accompagner.

2.2 La reconnaissance

Le monde du travail a connu une forte évolution ces dernières décennies, par l'avancée et la mise en oeuvre de nouvelles technologies. Intensification du travail et de l'individualisation, augmentation des contraintes et des responsabilités pouvant entraîner stress et démotivation, font que la reconnaissance au travail est une thématique forte que les organisations ne peuvent ignorer.

2.2.1 Définitions

Dans le dictionnaire Larousse, la reconnaissance est définie comme une action de « reconnaître quelqu'un ou quelque chose » ou comme « action de reconnaître quelque chose comme vrai ou réel », par exemple la reconnaissance d'un talent d'écrivain par les critiques littéraires.

Hegel, philosophe allemand a écrit et travaillé sur le concept de reconnaissance. Selon lui il y a 3 sphères de reconnaissance selon un degré toujours plus fort d'autonomie accordé au sujet :

Reconnaissance de la personne par le soin et l'amour

Reconnaissance des droits par l'attribution et le respect des droits de l'individu

Reconnaissance mutuelle dans la sphère étatique des capacités de l'individu par la société

Pour Honneth, la reconnaissance renvoie « à des pratiques ou des conceptions par lesquelles des sujets individuels ou des groupes sociaux se voient confirmés dans certaines de leurs qualités ».

La reconnaissance est un concept transdisciplinaire qui est retrouvé en sociologie, philosophie, psychologie, anthropologie...

Chacun aspire à être reconnu dans ce qu'il fait. « La reconnaissance n'est pas une simple politesse qu'on fait au gens, c'est un besoin vital ». C.Taylor³⁴ dans son ouvrage Multiculturalisme. Différence et Démocratie, l'énonce parfaitement. Cependant il est également certain, comme l'écrit F. Dubet³⁵ que la reconnaissance « est devenue une sorte de fourre-tout dans lequel viennent se ranger la plupart des sentiments d'injustices ». Tout individu souhaite être reconnu dans ce qu'il fait, c'est une marque d'existence, mais souvent la reconnaissance n'apparaît que sous un aspect négatif, A. Honneth l'a exprimé quand elle dit que la reconnaissance n'est pour ainsi dire perceptible que sous forme négative, lorsque les sujets souffrent visiblement de son absence. F. Dubet³⁶ dans son ouvrage reprend cette thématique lorsqu'il dit que « la reconnaissance n'est pour ainsi dire perceptible que sous forme négative, lorsque les sujets souffrent de son absence ». Dubet va même plus loin dans son raisonnement abordant la problématique de la reconnaissance par la problématique de la non-visibilité du travail effectué : « l'absence de reconnaissance ne concerne pas seulement l'aspect méprisable du travail, elle vient aussi du fait que ce travail n'est tout simplement pas vu »³⁷. Toute la problématique de la reconnaissance réside donc dans sa visibilité ainsi que dans la lisibilité du travail effectué par les acteurs.

³⁴ C. Taylor, Multiculturalisme. Différence et démocratie, Champs essais, 2009

³⁵ F. Dubet, Injustices, l'expériences des inégalités au travail, 2006, 195p

³⁶ ibid

³⁷ ibid

Théorie de Maslow

Maslow a élaboré une théorie de la motivation qui met à jour cinq groupes de besoin fondamentaux :

Les besoins physiologiques : faim, soif, nourriture, sexualité, sommeil, élimination

Les besoins de sécurité : environnement stable et prévisible, sans anxiété ni crise

Les besoins d'appartenance et d'amour : affection des autres

Les besoins d'estime : confiance et respect de soi, reconnaissance et appréciation des autres

Les besoins d'accomplissement de soi

Maslow a mis en évidence l'importance de satisfaction de ces besoins, émettant l'idée même que l'absence de cette satisfaction pouvait devenir pathologique. Dans le cas qui nous intéresse, il est vrai que l'absence de reconnaissance dans la sphère personnelle ou professionnelle peut aboutir à des symptômes physiques ou psychologiques.

La théorie de Maslow peut être critiquée car la hiérarchisation telle qu'elle est décrite n'est pas pertinente. En effet le besoin de reconnaissance sociale pour l'individu est un besoin tout aussi important que les besoins physiologiques. Ce besoin est une composante à part entière de la personnalité qui doit être satisfait au même titre que les autres besoins énoncés précédemment.

Théorie de Honneth

Honneth³⁸ est parti du déni de reconnaissance pour énoncer sa théorie. Nous l'avons vu, la reconnaissance semble plus visible par son absence. Honneth distingue 3 sphères de reconnaissance qui aboutissent en complémentarité à une forme de vie réussie.

La sphère de l'intime : la reconnaissance affective est liée aux rapports interpersonnels de proximité ; cela commence par les relations familiales et amicales. Cette sphère crée un équilibre entre état de dépendance et autonomie qui signe les conditions de la confiance en soi.

La sphère publique du droit et du politique : ici la reconnaissance suppose que l'individu puisse se sentir porteur des mêmes droits que tout un chacun, développant ainsi un sentiment de respect de soi.

La sphère de la coopération sociale : chacun au sein de la communauté déploie une solidarité correspondant à la reconnaissance accordée à la contribution de toute personne façonnant la société. Cette coopération engendre une estime de soi propice au développement personnel de l'individu.

³⁸ Y. Andonova et B. Vacher, Visibilité et reconnaissance de l'individu au travail, Revues .org Mars 2013, p 136-147

2.2.2 La reconnaissance au travail

La question d'un tel engouement pour la reconnaissance peut être posée. Nos sociétés ont évolué et la relation au travail a également été impactée par cette évolution. Le monde du travail est passé d'une vision taylorienne, où l'employé devait assurer un rendement « sans réfléchir » à une vision plus « humaniste » du travail. Ce changement de paradigme, avec une place plus importante accordée aux acteurs, a vu l'émergence d'un investissement accru de leur part. La valeur travail a évolué, l'individu recherchant à travers elle une ascension sociale. Pour nombre d'individus, le travail devient une quête d'identité, une recherche de sens et de réalisation personnelle, le besoin de reconnaissance s'en trouve alors augmenté.

Les organisations en évolution constante mettent une pression perceptible, visible sur les acteurs. Le rendement, la satisfaction du client ou usager sont devenus les maîtres mots de notre société. Stress, enjeux économiques sont des termes auxquels les employés sont de plus en plus confrontés accentuant ce besoin de reconnaissance. L'acteur souhaite montrer qu'il fait le maximum pour son organisation, qu'il est « un bon employé » même s'il ne se reconnaît pas dans ce qui lui est demandé. Y Clot dans un entretien accordé à la revue NVO (Juillet 2010) dit que « les travailleurs se reconnaissent de moins en moins dans ce qu'ils font, ce qui produit une inflation de la demande de reconnaissance ».

Pour Jean Pierre Brun et Ninon Dugas³⁹, « la reconnaissance est tout à la fois une démarche éthique, un devoir envers l'employé en tant qu'être humain qui a besoin d'être reconnu dans le cadre de son travail et une reconnaissance du fait qu'il représente la force vive apte à produire les changements souhaités et à contribuer au succès des organisations ». Comme nous l'avons vu ce besoin de reconnaissance est grandissant dans nos sociétés industrialisées. Nous pourrions penser que cette reconnaissance peut être effective sous la forme d'une rémunération, cependant il s'avère que ce n'est pas forcément ce que recherche l'employé. En effet, la reconnaissance au travail, c'est-à-dire la démonstration du fait que nos actions, nos réalisations, nos pratiques de travail et notre personne elle-même sont appréciées à leur juste valeur, ne cessent de prendre une place de plus en plus importante dans nos vies. Cependant force est de constater qu'il ne suffit pas à l'individu d'être rémunéré, il souhaite être reconnu d'autres manières. Le salaire est le premier niveau de reconnaissance au travail répondant à une logique de « donnant-donnant » ; nous effectuons un travail qui, en contre-partie, est rémunéré. Dans leur article Jean Pierre Brun et Ninon Dugas⁴⁰ évoquent le fait que la reconnaissance résulte d'un jugement porté sur le travail accompli qui s'exprime suivant deux modalités :

³⁹ J.P Brun et N. Dugas, La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens. Document de sensibilisation. Centre d'expertise en gestion des RH. Secrétariat du Conseil du Trésor. Québec, Octobre 2002

⁴⁰ J.P Brun et N. Dugas, la reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens, Gestion, volume 30, numéro 2, 2005

Le jugement dit d'utilité : émis par la hiérarchie ou les clients. Le jugement d'utilité porte sur l'utilité sociale ou économique du travail. Le résultat de l'activité sera reconnu, l'acteur, pas obligatoirement.

Le jugement de beauté : Ce jugement est beaucoup plus important aux yeux des employés car il est prononcé par les pairs. Les pairs ont une connaissance reconnue du travail effectué, ils savent comment la tâche doit être exécutée.

Pour l'employé, la reconnaissance des pairs est la plus importante et la plus satisfaisante. Le jugement émis par les pairs prouve que la personne a accompli son travail dans les règles de l'art. De plus, ce jugement est signe d'appartenance à la communauté.

A travers les jugements décrits par Brun et Dugas, nous retrouvons la théorie émise par P. Ricoeur⁴¹ qui dit « qu'on ne désire pas une reconnaissance vide mais la reconnaissance de nos aptitudes, de notre utilité, de notre spécificité », en fait nous souhaitons être reconnus comme personne à part entière, confiante dans ce qu'elle fait, respectée et estimée, comme l'écrivent C. Jouvenot et C. Pierre⁴² « autant dire ce qui constitue un être humain et lui permet d'agir ».

Pour autant, si une organisation souhaite s'engager dans une démarche de reconnaissance de ses salariés, elle devra posséder une connaissance parfaite du travail effectué, mais surtout de la place accordée aux acteurs dans l'organisation. Jouvenot et Pierre⁴³ dans leur article expriment clairement cette idée : « Une entreprise qui désire engager le dialogue sur la reconnaissance et améliorer ses pratiques sera amenée à vérifier la manière dont les situations de travail, les relations de travail et le système de gestion des ressources humaines contribuent à cette reconnaissance d'individus ne voulant pas être considérés uniquement comme des ressources mais comme des acteurs à part entière ». Nous comprenons ici l'importance du management des différents acteurs en présence, afin qu'ils soient reconnus dans le travail effectué.

2.3 Le management participatif

2.3.1 Historique de la démarche participative

La démarche de management participatif est apparue en réponse au taylorisme mis en place dans les entreprises. Ingénieur américain, Taylor⁴⁴ avait élaboré une méthode de travail basée sur une division de tâches simples et répétitives. Le but de ce concept étant d'augmenter la productivité et la rémunération des employés par un rendement croissant.

⁴¹ P. Ricoeur, *Parcours de la reconnaissance*, Trois études, Faris Folio, 2007

⁴² C. Jouvenot et C. Pierre, *La reconnaissance au travail*, Travail et changement, n°317, Janvier/Février 2008

⁴³ Ibid

⁴⁴ P. Colombat, *QVT et management participatif*, Editions Lamarre, 2012, p125

Dans cette théorie, l'employé est alors considéré comme un outil de production. Elle repose sur quatre principes d'organisation :

- division horizontale du travail
- division verticale du travail
- système du salaire au rendement
- système de contrôle du travail différencié du système de production

Ce concept a effectivement révolutionné le monde du travail, notamment par l'augmentation de la productivité, cependant dans les années 1960, avec l'apparition des organisations syndicales, ses limites et ses difficultés sont mises à jour. En effet, dans cette théorie, l'employé est considéré comme un outil de production et non comme un être humain capable de raisonnement et de créativité. En réponse à cette théorie, des intellectuels tel que Kurt Lewin ou Mayo mettent en avant l'importance de l'individu au sein de l'entreprise. Leur théorie est basée sur le fait que l'employé s'il est considéré au sein de l'entreprise peut voir sa motivation augmentée. C'est également à travers le discours de ces intellectuels qu'apparaît clairement la notion de reconnaissance et d'appartenance à un groupe.

Mc Gregor⁴⁵, professeur de management, a lui élaboré la théorie X – Y :

- la théorie X repose sur le postulat selon lequel l'employé n'aime pas travailler. Il est improductif s'il n'est pas surveillé. Il ne travaille que sous la contrainte, voire la menace.
- la théorie Y repose sur le postulat selon lequel l'employé aime travailler. Il a besoin d'autonomie, et sa créativité doit être libérée et suscitée.

A travers ses théories, Mc Gregor préconise de modifier la façon de diriger les individus au sein des organisations, en fonction de leurs besoins, notamment le besoin de reconnaissance. Pour lui, ce nouveau mode de management influe sur la productivité par une augmentation de la motivation des salariés. La motivation apparaissant par un enrichissement des tâches à effectuer et non l'organisation de celles-ci : « L'implication de l'individu dans l'organisation l'incite à prendre des initiatives, ce qui se traduit par une application au travail, ce qui l'implique encore plus dans son organisation⁴⁶ ». Mc Gregor prône l'idée d'un management différent, plus participatif et moins autoritaire de ceux mis en place se basant sur des visions plus tayloriennes du travail.

⁴⁵ P. Colombat, QVT et management participatif, Editions Lamarre, 2012, p 127

⁴⁶ id

2.3.2 Le management participatif

Après les deux chocs pétroliers des années 1970, les entreprises en proie à une concurrence de plus en plus prégnante, ont dû repenser leur mode de management. Les méthodes de résolution de problème font leur apparition, notamment par la mise en place de groupes de travail appelés « cercles de qualité ». Les cercles qualité ont alors deux objectifs :

- la participation à tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation
- la modification de la culture d'entreprise et des structures hiérarchiques, l'idée étant de décloisonner, de limiter les intermédiaires, afin de favoriser les échanges.

Dans les entreprises, le management participatif va également faire émerger d'autres concepts, notamment celui de ressources humaines : « les ressources les plus importantes d'une organisation ne sont pas sa capacité technologique (...) mais les femmes et les hommes qui la composent »⁴⁷. Nous constatons ici qu'un nouveau mode de management apparaît dans les entreprises, management qui permet aux individus de libérer créativité, innovation et par la même d'accroître leur motivation.

La notion de culture d'entreprise fait également son apparition ; en effet les organisations vont prendre conscience que ce nouveau mode de management ne peut fonctionner que si on ne change les mentalités et les structures organisationnelles. C'est ainsi qu'apparaissent les organigrammes et les groupes de travail.

2.3.3 Le management participatif : une démarche stratégique

Le management participatif est un management qui a un impact significatif sur le niveau de stress et de qualité de vie au travail, cependant cela doit être une réelle volonté de la part des directions et non un effet de mode ou une injonction réglementaire. Pour se faire, un plan stratégique doit donc être mis en œuvre s'appuyant sur des ressources et des règles à respecter.

Les ressources

Elles sont au nombre de trois :

- Une cohésion de l'équipe dirigeante : c'est un préalable indispensable, l'absence de cohésion laissant la porte ouverte aux jeux de pouvoir, aux rumeurs, aux conflits mettant en péril la participation de chacun.
- Un encadrement pertinent : l'adhésion des cadres de proximité est essentielle car gage d'un accompagnement des changements auprès des équipes de travail.
- Une communication interne efficace : le changement de style de management doit être accompagné afin d'expliquer les raisons qui ont motivé la direction à mettre en place

⁴⁷ P.Dubourg, Qualité de vie au travail et management participatif, Editions Lamarre, Juin 2012, p138

un nouveau style de management ; de plus l'information ainsi diffusée va permettre l'adhésion et l'atteinte des objectifs fixés.

Les règles

Elles sont au nombre de quatre :

- La mise en place d'outils préalables : déterminer le rôle de chacun lors des réunions de travail
- La participation des cadres dans la démarche : favoriser les échanges, les prises de décisions, les innovations au sein des équipes
- Le processus de mise en place : l'impact de l'outil managérial dépendant autant de son efficacité intrinsèque que de son processus d'élaboration
- Une mise en place qui descend la ligne hiérarchique : inutile de former les collaborateurs d'un cadre à la conduite de réunion si celui-ci ne fait jamais de réunion au prétexte que c'est une perte de temps

La démarche participative s'inscrit donc dans une dynamique de groupe qui permet à chacun des acteurs de se sentir inclus. Le fait de participer, d'avoir ce sentiment d'appartenance, engendre un sentiment de reconnaissance de la part des acteurs qui est facteur de valorisation et de bien-être au travail. A contrario, l'absence de collectif peut tendre vers deux positions opposées : le surinvestissement ou la démotivation.

F. Barruel et S. Scaon⁴⁸ dans leur article évoquent l'importance de la notion de fédération ou de collectif dans le management participatif : « la communication en équipe, la transmission des informations, l'organisation et la coordination sont facilitées par le fait de se rencontrer et plus, d'être ensemble, groupés, reliés ». Nous voyons ici l'importance du collectif qui semble faire défaut aux cadres de santé, les mettant parfois en difficulté faute de pouvoir échanger notamment entre pairs.

L'absence de fédération peut également entraîner une perte de sens ce qui est forcément délétère pour les acteurs en présence ; en effet, rien ne peut être plus dommageable que de ne pas savoir pourquoi nous faisons les choses. Barruel et Scaon⁴⁹ l'expriment clairement : « l'absence de fédération ne facilite pas l'organisation et ne permet pas la coordination. Dans cette situation, la communication est réduite à son strict minimum, sans perspectives communes. Le sens manque ».

Les conditions de réussite du management participatif reposent donc sur des énoncés clairs, des objectifs à atteindre, la détermination des rôles de chacun et une communication efficiente :

⁴⁸ F. Barruel et S. Scaon, *Le vécu psychique des soins pour les professionnels, QVT et management participatif*, Editions Lamarre, 2012, p 22

⁴⁹ Id p 22

« Le managériat participatif repose sur la création d'une ambiance permettant l'échange, une amélioration et une responsabilisation des acteurs mais nécessite une équipe mature qui respecte les règles et les objectifs⁵⁰ ».

La circulaire de 2002 de la DHOS s'inscrit dans cette démarche puisqu'elle définit la démarche participative comme un modèle d'organisation de soins impliquant trois éléments fondamentaux :

- Une formation interne au service
- Une démarche de projet de service
- Des espaces de paroles

La démarche participative implique donc une collaboration et une participation de l'ensemble des acteurs de l'institution : direction, équipes d'encadrement, médicales et paramédicales.

Même si la démarche participative reste séduisante, tant pour les employés que pour l'équipe de direction, elle montre pour autant, certaines limites qu'il ne faut pas négliger.

Les limites à la démarche participative

Elles sont de différents ordres :

- La non-implication : si l'individu, quel que soit son niveau hiérarchique, ne s'implique pas et ne fait qu'exécuter les consignes reçues, la démarche participative sera donc limitée dans ses résultats

- Les personnes dites « carriéristes » : la personne utilise l'organisation à des fins personnelles, il n'y a pas de notion de collectif, dans ce cas la démarche participative lui sert de tremplin

- Les situations professionnelles où les compétences, les valeurs ne sont pas reconnues, il apparaît alors une démotivation de la part de l'employé

- Les situations de conflits, l'échange et le dialogue ne sont plus effectives bloquant la mise en œuvre de la démarche

Pour conclure sur ce concept, nous pouvons dire que le management participatif est un management centré sur l'individu, acteur actif au sein de l'organisation. Cette participation, la possibilité d'expression et d'échange sont signes de reconnaissance et d'appartenance à un groupe, une institution, autant de facteurs qui peuvent accroître la motivation, le bien-être au travail mais surtout la prévention d'épuisement professionnel.

⁵⁰ P. Colombat, F. Barruel, S. Scaon, Souffrance des soignants et burn out, QVT et management participatif, Editions Lamarre, 2012, p 43

2.4 La qualité de vie au travail

2.4.1 Les enjeux de la QVT

En premier lieu, la mise en place d'une politique de QVT au sein des organisations est avant tout d'améliorer la vision du travail des employés, même si dans un deuxième temps, l'objectif est également d'améliorer l'efficacité de l'organisation. Dans le domaine de la santé, l'enjeu actuel est de fidéliser le personnel afin de répondre au mieux aux prises en charge de la population. La QVT est un enjeu majeur pour les salariés, les managers, les organisations. Cela nécessite la mise en œuvre de stratégies impliquant l'ensemble des acteurs à travers une participation concertée s'appuyant sur les caractéristiques individuelles, les conditions de travail, un management participatif.

2.4.2 Historique

Le concept de qualité de vie au travail (QVT) s'est développé au début des années 1960, l'idée étant qu'une amélioration de la QVT des employés pourrait permettre une amélioration de leur productivité et de leur bien-être. Maslow et Mc Gregor de par leur théorie sur les besoins et la motivation des salariés ont été des précurseurs dans ce domaine, suivis par Herzberg et ses analyses du travail réel, évoquant l'importance de ne pas limiter les politiques RH qu'aux facteurs extrinsèques de motivation (rémunération, environnement matériel...).

Le terme QVT apparaît la première fois en 1972 aux Etats-Unis où des chercheurs (Davis et Cherns) en donne une définition qui comporte quatre aspects : Intégrité physique, intégrité psychologique, développement du dialogue social, équilibre vie au travail et vie hors travail.

En France, le terme de QVT est apparu plus tard faisant suite à l'amélioration des conditions de travail, avec une connotation de risques professionnels et prévention. Dans le domaine de la santé, la QVT a émergé sous l'influence d'éléments structurels tels que la mise en place de la T2A, le développement d'un management plus actif, la mise en œuvre des réformes, l'augmentation de l'absentéisme...

Signe que la QVT représente un enjeu fort pour les organisations, en 2009 le Ministère du travail élabore le plan d'urgence des Risques Psychosociaux (RPS). La même année la HAS écrit un rapport sur la maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. En 2010 la HAS organise un séminaire sur qualité des soins et qualité de vie au travail. Ce séminaire conclue à la nécessité de travailler sur le management et l'organisation du travail afin de répondre aux enjeux de qualité de vie au travail en tant que producteurs de qualité de soins et de santé pour les professionnels eux-mêmes Dans son manuel de certification V2010, la HAS introduit un nouveau critère : la qualité de vie au travail, item repris dans la

certification V2014. En 2014, l'ANACT à travers le contrat d'objectifs et de performance stipule que la qualité de vie au travail est un levier pour la performance et la compétitivité des organisations et une condition pour le maintien des personnes en emploi.

Aujourd'hui la QVT est entrée dans le langage courant des organisations qui se sont emparées de cette thématique portée de manière croissante par les organismes représentatifs des professions de santé.

2.4.3 Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la QVT peut se définir comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et inquiétudes ». Le concept de QVT est donc multidimensionnel, subjectif, il prend en compte les dimensions physiques, psychologiques, sociales et culturelles, toutes les caractéristiques de l'être humain.

La QVT a été définie de différentes manières cependant trois points font consensus, à savoir :

- la QVT est un construit subjectif
- l'intégration d'aspects organisationnels, individuels et sociaux
- Le travail influe sur les autres domaines de vie et fait partie intégrante de la qualité de vie en général

La Haute Autorité de Santé dans la fiche « Renseigner le compte qualité sur la thématique QVT⁵¹ » définit la QVT comme « l'objectif de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les professionnels et la performance collective de l'entreprise. Elle fait valoir que la perception qu'ont les professionnels de la QVT dépend de leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de leur travail ».

2.4.4 Facteurs influençant la QVT

Trois types de facteurs influencent la QVT :

- Les caractéristiques individuelles
- Les caractéristiques organisationnelles
- Les conditions de travail

Les caractéristiques individuelles : exemple du coping et de la hardiesse

⁵¹ www.has.fr

Le genre et le niveau éducatif n'ont que peu d'impact sur la QVT, tout comme le statut marital, dans leur article « La qualité de vie au travail ⁵²» Brunault, Fouquereau et Gillet parlent davantage de stratégies d'ajustement telles que le *coping* ou la hardiesse.

2.4.5 Le coping

Issus de l'anglais *to cope* signifiant « faire face ». Le *coping* désigne un ensemble de stratégies et de réactions mises en œuvre par un acteur lors de situations stressantes. Il a pour fonction principale de permettre de modifier le problème posé par une régulation des émotions. Il existe trois stratégies de *coping* : une centrée sur le problème, une sur l'émotion et une sur la recherche de soutien social. Le *coping* est plus fréquemment utilisé sur des stratégies centrées sur le problème ou sur la recherche de soutien social, permettant ainsi aux acteurs d'améliorer leur qualité de vie au travail.

2.4.6 La hardiesse

Selon Maddi et Kobasa⁵³ la hardiesse est un concept multidimensionnel incluant le fait de s'impliquer dans les actions entreprises, de voir le changement comme un défi et d'avoir un contrôle sur sa vie. En 2004, Delmas dans une étude sur le personnel de santé (infirmier) a montré qu'un programme d'amélioration de la hardiesse s'accompagnait d'une amélioration de leur QVT.

2.4.7 Les caractéristiques organisationnelles

D'un point de vue théorique, quatre processus organisationnels sont susceptibles d'améliorer la QVT :

- Le partage de l'information
- Le développement des compétences
- Le partage du pouvoir
- La reconnaissance

Ces processus reprennent les caractéristiques d'un management participatif et ne sont pas s'en rappeler le concept de *Magnet Hospital* développé dans les années 1980, organisations capables de développer la QVT en attirant et en fidélisant leurs employés. Dans ces établissements il est établi que le fort leadership mis en œuvre par le personnel d'encadrement, par une communication efficiente, une autonomie des acteurs, des espaces

⁵² P.Brunault, E. Fouquereau et N. Gillet, Qualité de vie au travail et management participatif, Editions Lamarre, Juin 2012, p53-54

⁵³ Id p49

d'échange, la reconnaissance et le respect mutuel, favorisent une qualité de vie au travail des employés.

2.4.8 Les conditions de travail

La charge de travail et le stress provoquent une altération de la QVT. L'apparition d'un état de stress est liée à la fois à l'intensité de la demande psychologique à laquelle le salarié est soumis, sa latitude décisionnelle et le soutien social qu'il peut recevoir. Plus la demande psychologique sera forte et la marge de manœuvre de l'employé faible, plus le stress sera perçu comme important. D'autres facteurs tels que les horaires de travail et les relations entre collègues influencent également la QVT. Les personnels exerçant leurs activités de nuit ou en horaires variables ont une moins bonne qualité de vie au travail que les personnels ayant des horaires et jours de repos fixes. Par ailleurs, le salaire et les avantages sociaux sont également des facteurs qui influencent la qualité de vie au travail des acteurs.

3 ANALYSE DE L'ENQUETE DE TERRAIN

3.1 Choix de la méthode utilisée

Pour mener à bien cette étude, nous nous sommes inscrits dans une démarche ethnographique, nous avons observé des situations de travail et effectué des entretiens semi-directifs⁵⁴. Anne-Lise Ulmann⁵⁵ dans son article « De l'immersion à la construction des données » explique l'objectif de cette méthode : « il s'agit tout d'abord d'observer des professionnels en situation en mobilisant ses sens pour comprendre le travail en train de se faire. Les entretiens conduits avec les professionnels visent à éclairer, modifier, ou compléter la compréhension des situations où ils sont observés par le chercheur ». Dans un premier temps ces observations se sont faites sans prises de note afin d'habituer notre regard à cet exercice. Dans un second temps, nous avons effectué des observations avec prise de notes afin de garder en mémoire un maximum d'éléments de la situation. Ces observations nous ont aidé à construire nos grilles d'entretien.

3.1.1 Avantages

Les entretiens ont tous été enregistrés, nous permettant de restituer dans leur intégralité les informations qui nous ont été données. Les raisons ayant motivées ce choix sont multiples :

- l'entretien est un instrument de recherche utilisant un processus de communication verbale dans le but d'obtenir des informations,
- il permet une restitution complète du discours entendu,
- c'est une méthode de recueil de données qui permet de prendre en considération les silences, les hésitations, les réactions des personnes interrogées,
- l'entretien semi directif permet de reformuler et de faire préciser certaines réponses.

La confidentialité précisée avant chaque entretien ont permis aux personnes interviewées de répondre librement.

3.1.2 Limites

Elles sont de plusieurs ordres. Le recueil de données ne peut se prévaloir d'être totalement exhaustif aux vues du nombre d'entretiens effectués. Dans un établissement du lieu d'enquête, certaines personnes interrogées pensaient que cette étude avait été missionnée

⁵⁴ Annexe 1 et 2

⁵⁵ A.L.Ulmann, De l'immersion à la construction des données- une démarche de type ethnographique pour comprendre le travail – MCF Cnam/CRTD EA 4131 – p 1 à 35

par la direction, et étaient réticentes à être interrogées. Après discussion, certaines ont accepté l'interview. Par ailleurs il est à noter que certains DS, même après plusieurs sollicitations, n'ont pas donné suite à nos demandes.

Le nombre de personnes interviewées est le suivant :

10 cadres de santé

2 cadres supérieurs de pôle

2 directeurs d'hôpital

1 directrice des ressources humaines

2 directeurs des soins

3.2 Terrains d'enquête

L'enquête a eu lieu dans deux Centres Hospitaliers.

Le CH A comporte, en plus de ses activités MCO / Psychiatrie six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des unités de soins de longue durée (USLD), ainsi que des services de soins de suite et de réadaptation (SSR). Cet établissement comprend 810 lits et places dont 483 en M.C.O Psychiatrie et S.S.R et 373 lits d'EHPAD et USLD répartis sur plusieurs sites distants de l'établissement.

Le nombre de pôles est de sept : Médecine / Chirurgie Mère Enfant / Soins Aigus / Psychiatrie / Personnes Agées / Génie Médical / Urgences.

Le plateau technique, accessible de jour comme de nuit, est composé de cinq salles de bloc opératoire, un IRM et un scanner.

Un SMUR et une maternité complète l'offre de soins.

En termes d'activité, le CHA représente : 19 443 entrées annuelles, 97 878 journées d'hospitalisation, 37 713 passages aux urgences, 1446 accouchements et 72 158 consultations.

La DMS sur le secteur MCO pour l'année 2016 est de 5,3 jours et 15,9 pour le secteur SSR, avec un taux d'occupation de 98,68% pour le MCO et 80,99% pour le SSR.

Les ressources humaines comptent 1617 agents hospitaliers dont 220 médicaux répartis en 38 spécialités.

Le budget de l'établissement est de 141 millions d'euros. L'établissement connaît un déficit de près de 2 millions pour l'année 2016.

Le CHA comprend un institut de formation qui accueille les filières infirmières et aides-soignantes.

Le CHA fait partie d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) comportant sept établissements et huit EHPAD. L'établissement support de ce GHT est un CHU distant de 45 kilomètres du CH A.

La direction des soins est assurée par une Coordinatrice Générale des Soins (DCGS) qui accompagne 8 CSS et 32 CDS.

Le CH A a inauguré ses nouveaux locaux en 2011. Etablissement fortement orienté vers le numérique, il est touché par des réorganisations d'activité afin de répondre au mieux aux besoins de santé de son bassin de population. L'encadrement est sollicité dans l'accompagnement de ces projets institutionnels, entre gestion de l'absentéisme, réorganisation, dialogue social et interrogations des personnels.

Le Centre Hospitalier B comprend 496 lits et places pour le secteur M.C.O, 290 lits d'hébergement pour personne âgée dépendantes et 30 lits d'USLD et 15 places d'accueil de jour en EHPAD.

Le CH B est organisé en 8 pôles d'activité : Chirurgie Anesthésie Bloc Opératoire Gastro Entérologie / Cancérologie Pneumologie Rhumatologie / Vasculaire et Métabolique / Médecine Polyvalente et Gériatrique / Dépendance et Maintien de l'Autonomie / Réanimation Urgences / Femme Enfant / Médecoteknique.

Il comprend une maternité.

En termes d'activité sur le secteur MCO, le CH B représente 47 212 entrées en hospitalisation, 141 726 journées, 1765 naissances, 38 834 passages aux urgences, 2216 transports terrestres et 250 transports hélicoptés.

La durée moyenne de séjour est de 4,7 jours pour l'année 2016.

L'établissement comprend 2102 salariés dont 1851 personnels non médicaux et 251 personnels médicaux.

Le budget du CH B est de 148 millions d'euros. L'établissement connaît un déficit de 2 millions d'euros.

Le CH B possède un institut de formation qui prépare aux métiers d'infirmières et d'aides-soignantes.

Le CH B est l'établissement support du GHT qui comporte deux autres établissements.

La coordination générale des soins est assurée par une DCGS qui encadre 8 CSS et 30 CDS répartis sur l'ensemble des pôles et en mission transversales. Au sein de l'équipe d'encadrement il y a actuellement 4 faisant-fonction CDS.

Le CH B est un établissement qui connaît plusieurs réorganisations d'activité de soins depuis ces deux dernières années. Ces projets, malgré l'accompagnement effectué par l'équipe de direction auprès de l'encadrement, sont vécus avec difficulté par les équipes, générant des situations conflictuelles.

Les deux établissements retenus comme lieu d'enquête, connaissent ou ont connu des réorganisations, d'où l'intérêt de rencontrer les différents acteurs concernés voir impactés.

3.3 Analyse des entretiens

3.3.1 Définitions du burn out ou épuisement professionnel

Les Cadres de Santé

La réponse à cette question est très vite exprimée par l'ensemble des cadres interrogés. Nous retrouvons des éléments précédemment cités dans le cadre conceptuel tel que : une fatigue intense, un manque de dynamisme, l'absence de raisonnement. L'impact du burn out sur la vie personnelle est également cité par l'ensemble des personnes interrogées. Il est également à noter que la notion de valeurs est avancée avec des mots forts : « mes valeurs professionnelles étaient heurtées, j'avais perdu le sens de ce que je devais faire ». Nous retrouvons ici l'idée d'absence de sens au travail. La perte de sens, plusieurs fois exprimé, signe un désarroi important dans le sens d'incompréhension de ce qui est demandé de faire. Cet état de fait est difficilement accepté car les cadres ont alors le sentiment de se positionner contre leur institution : « c'est hyper néfaste pour l'institution, tu te positionnes contre l'institution », complexifiant davantage ce sentiment de mal être. Ces sentiments ont d'ailleurs été repris dans le rapport Gollac⁵⁶ qui parle alors de « souffrance éthique ». Il est effectivement très difficile pour l'encadrement de se positionner contre l'institution pour laquelle elle travaille, cela allant à l'encontre de ses valeurs, car à travers l'institution c'est la prise en charge du patient qui peut être affectée et les cadres ont à cœur d'offrir des soins de qualité aux usagers. Ce conflit de valeurs ne peut qu'exacerber un mal être parfois naissant.

Les Cadres Supérieurs de Pôle

Pour les cadres supérieurs de pôle, le burn out ne « se palpe pas », c'est une « perte de toutes les ressources personnelles ». Ils le définissent également par le fait « d'être toujours en ébullition, de cogiter », à travers ces mots nous comprenons qu'il est alors difficile de prendre du recul par rapport aux situations présentes et que cet état de fait aboutit alors à un épuisement tant intellectuel que physique, les cadres supérieurs s'accordant pour dire que le burn out touche autant « le corps que l'esprit » : « tu ne peux plus rien faire, tu es épuisé, tu n'as plus goût à rien ». Nous notons que contrairement aux cadres de santé, les cadres supérieurs de pôle n'évoquent pas la perte de sens au travail précédemment cité.

Les Directeurs Généraux d'établissement

Pour les directeurs, le burn out comprend plusieurs aspects : organiques et psychologiques. Pour eux, une personne en burn out est « fatiguée, au bout du rouleau ». L'expression somatique du burn out est pour eux, caractérisée par une perte d'énergie. L'impact sur le

⁵⁶ www.travail-emploi.gouv.fr M. Gollac, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser, 2010

corps et l'esprit est clairement exprimé et mis en avant très rapidement. Le retentissement sur le travail est évoqué à travers l'impossibilité d'être impliqué, lucide, sur ce qui est demandé ou attendu. Pour les directeurs, une personne en burn out n'a plus la capacité de prise de recul nécessaire dans son travail au quotidien, elle est en perte de repères. Cet état de fait, pour eux ne peut qu'aboutir à « un mal être grandissant ».

Le Directeur des Ressources Humaines

La définition émise par le D.R.H est la suivante : « une personne qui n'est plus capable d'assumer ses fonctions, ses missions. Elle est surmenée ». L'accent est davantage mis sur la notion de travail (fonctions, missions).

Les Directeurs des Soins

Les DS s'accordent à dire que le burn out est insidieux, voir sournois, qu'il ne prévient pas. Un directeur des soins l'exprime ainsi : « A partir du moment où on le constate, le mal est déjà fait. On ne repère pas toujours les signes avant-coureurs, on ne peut que constater les dégâts ». Cette expression est forte notamment dans les conséquences que peuvent déclencher un épuisement professionnel. La notion de dégâts exprimée ici montre à quel point cette pathologie peut être grave si elle n'est pas prise en charge rapidement. Auprès des directeurs des soins, nous retrouvons les mêmes descriptions physiques et psychologiques décrites par l'encadrement : surmenage, perte de lucidité ou de sens, expression somatique caractérisée par une perte d'énergie une impossibilité de se lever. Un des directeurs des soins exprime dans la question posée, la culture professionnelle, à travers le don de soi, « on est à disposition, il n'y a pas de limites, nous sommes dans le don de soi ». La culture professionnelle aurait un impact dans le fait que le salarié n'aurait donc pas de limites dans ce qu'il a à faire. Il est vrai que, par nature, les soignants ne comptent pas le temps passé à exercer leur métier, à prendre soin. Par extrapolation, nous pouvons penser que l'encadrement, issus de cette même culture professionnelle, s'investit pleinement dans les projets qu'il a à accompagner, au risque de perdre tout repère, sens, et d'aboutir à un épuisement tant physique que psychologique.

3.4 La modification du travail

Les Cadres de Santé

Les cadres de santé s'accordent à dire que leur travail s'est modifié ces dernières années : « le travail s'est modifié en lien avec la législation ». Les différentes réformes hospitalières ont modifié les modes de management. Au-delà de ce constat c'est une intensification des projets qui est mise en avant : « Les demandes sont de plus en plus prégnantes ». L'aspect financier est à plusieurs reprises évoqué et plusieurs cadres regrettent cet état de fait : « Nous sommes dans une logique financière qui n'est pas en adéquation avec mes valeurs

professionnelles, on ne peut pas tout ramener aux chiffres ! ». La gestion économique que connaît l'institution hospitalière, même si elle peut être entendable, reste une difficulté certaine pour l'encadrement. Nous notons d'ailleurs un certain regret de cette situation : « Avant on était plus sur les projets de soins, des projets innovants, là nous sommes sur les ressources humaines, la certification qui prend beaucoup de temps, et beaucoup moins dans l'innovation ». La gestion de l'absentéisme est chronophage pour les cadres qui regrettent de ne pouvoir accompagner les équipes dans les projets. Autre difficulté pour l'encadrement, dans la modification de leur travail, leur éloignement des équipes de soins : « Nous sommes beaucoup moins près des équipes, les tâches administratives se sont accrues, cet éloignement ce n'est pas une bonne chose ». La multiplication des réorganisations de service est également mise en avant : « Nous sommes dans des réorganisations à tout va, des restructurations basées sur la gestion, on se demande parfois où est l'intérêt pour le patient, car ne l'oublions pas, nous sommes là avant tout pour le patient ! ». Nous le comprenons les réorganisations impactent profondément le travail des cadres qui ne se sentent pas maîtres des situations qu'ils ont à gérer, cela est exprimé notamment par un sentiment de perte d'autonomie : « On perd en autonomie, on ne fait plus rien seul, tout est dit à mesure ». Le manque de lisibilité des projets à mettre en œuvre est vécu comme une difficulté, en effet comment le cadre peut-il répondre aux questions des agents si lui-même ne connaît pas les finalités du projet ? Ces situations sont difficilement vécues par l'encadrement car pour lui, « le cadre est celui qui montre le chemin, mais c'est difficile lorsqu'on ne sait pas où on va ». Ces situations installent parfois un malaise pour les cadres qui supportent difficilement le fait de ne pouvoir répondre et accompagner leurs équipes dans les projets institutionnels par manque de lisibilité.

Les Cadres Supérieurs de Pôle

L'encadrement supérieur évoque spontanément la modification du travail des cadres par la mise en place des pôles d'activité. Cette nouvelle organisation est d'abord vue comme une opportunité, en effet l'institution hospitalière passant d'une gestion centralisée vers une gestion de proximité. Il s'avère que dans les faits cela ne soit pas le cas : « J'ai beaucoup cru aux pôles car ils devaient favoriser la proximité, l'autonomie. Les directions devaient être positionnées sur les pôles. Il y a de la résistance de la part des équipes de direction, ça ne marche pas ». Nous retrouvons, à travers ce discours, la perte d'autonomie évoquée par les cadres de santé : « Nous faisons beaucoup moins de gestion de projets avec l'encadrement, tout est centralisé, cela est lié au contexte économique ». Pourtant nous savons que l'autonomie est nécessaire à la réalisation de soi et est facteur de motivation. La prégnance de la réglementation est également un facteur de modification du travail d'encadrement : « Tout va très vite, il y a de nombreux dossiers à traiter, cela demande beaucoup d'adaptabilité, de réactivité et de se resituer par rapport aux nouvelles attentes.

De nombreux cadres ont choisi ce métier pour la proximité avec les équipes, mais entre absentéisme, réorganisation et contrôle de gestion cela est devenu difficile ». Un cadre supérieur évoque les compétences de l'encadrement qui, à son sens, sont sous utilisées. La rapidité de changement, les demandes institutionnelles croissantes font qu'il n'est plus possible de mettre en avant les compétences des cadres : « Chez certains cadres je mets en avant leur expertise sur un projet précis, mais je ne peux « utiliser » leurs compétences, il est difficile de leur faire faire un travail de fond faute de temps ». Nous entendons à travers ces discours, l'impact que les différentes réformes hospitalières ont eu sur le travail d'encadrement. La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (G.H.T) pour l'encadrement supérieur, va également modifier le travail d'encadrement : « Avec les G.H.T il faut voir plus grand, dépasser les pôles, les cadres seront forcément impactés par leur mise en œuvre, leur périmètre de travail va changer ». Nous le constatons les différentes réglementations gouvernementales ont impacté la charge de travail de l'encadrement, la mise en place des G.H.T s'inscrit également dans cette perspective.

Les Directeurs Généraux d'établissement

Les directeurs s'accordent à dire que les différentes réformes hospitalières ont impacté le travail de l'encadrement : « passage à la T2A, mise en place des pôles d'activité, réorganisations de services, la législation a forcément modifié les modes de management ». Une des personnes interrogées va plus loin en évoquant une modification de la relation à l'autorité : « aujourd'hui les projets sont nombreux et demandent de la réactivité, une adaptation et une rapidité d'exécution, l'encadrement doit répondre aux demandes institutionnelles et accompagner les équipes dans ces défis à relever ». A travers ce discours, le directeur sous-entend que l'encadrement doit parfois faire preuve d'un management plus directif que participatif, faute de temps pour accompagner les projets : « heureusement ce n'est pas toujours comme ça ! ». Pour l'autre DG, « les chantiers sont lourds et chronophages, mais pour autant il faut tenir compte de la réalité des choses ». Les DG ont pleinement conscience des modifications de travail vécues par l'encadrement, parlant même « d'absence de reconnaissance par rapport au travail effectué », pour eux « il faut concilier la fonction d'encadrement qui est essentielle ». Les directeurs expriment l'idée que l'institution doit se saisir de cette question et que la QVT peut être la réponse aux difficultés vécues par l'encadrement : « Je pensais que cela pouvait être une opportunité, c'est toujours un peu ténu, attention au pathos, cependant il faut traiter les choses avec humanité ». Nous le comprenons, les DG ont conscience des modifications que connaît l'encadrement dans leur travail au quotidien, cependant ils savent aussi que les solutions à proposer pour les aider ne sont peut-être pas si simples à mettre en œuvre.

Le Directeur des Ressources Humaines

Comme ses collègues de l'équipe de direction, le DRH exprime l'impact des politiques de santé sur le travail de l'encadrement : « Le système de santé évolue très très vite et très souvent, cela a forcément un impact sur les modes de management et le travail au quotidien des cadres ». Pour le DRH, la mise en place des réformes hospitalières modifie les organisations de travail qui « demandent aux cadres beaucoup de réactivité et d'organisation, le temps manque parfois et pour autant les projets doivent avancer ». Le changement dans les modes de management est donc unanime, pour autant l'aspect humain n'est pas oublié : « même si les choses vont vite il faut rester solidaire et proche autant que faire se peut, être à l'écoute et dialoguer ».

Les Directeurs des Soins

Le discours des DS diverge de celui des autres directeurs : « Dans l'absolu non car l'encadrement est toujours là pour organiser la prise en charge des patients ; dans la mise en oeuvre oui, car un cadre aujourd'hui n'a plus les mêmes moyens ». Nous voyons ici que les rationalisations imposées aux institutions hospitalières modifient le travail d'encadrement, cela est clairement énoncé par un DS : « Les contraintes, les injonctions ont évolué, le métier en soi n'a pas vraiment changé ». Certes le métier en lui-même n'a peut-être pas changé, mais le travail lui, s'est modifié. Cette idée est d'ailleurs reprise par un DS : « Dans le rapport au travail, on a tous la volonté de bien faire, quand on a conscience qu'il y a dissonance, on donne beaucoup, beaucoup et les effets attendus ne sont pas à la hauteur de ce qu'on a donné « tu pédales sur place » ». Le discours de ce DS est très clair, la modification du travail de l'encadrement est une réalité, est parfois la réalité peut être douloureuse : « Le cadre de santé fait avec les injonctions qu'on lui donne mais à un moment, il ne peut plus faire ». Nous comprenons à travers ces mots que l'encadrement est toujours prêt à relever les défis qui s'imposent à lui mais nous entendons également les difficultés auxquelles il peut être confronté dans son quotidien de travail.

3.5 Nature des difficultés rencontrées par l'encadrement

Les Cadres de Santé

La nature des difficultés rencontrées par les cadres est de plusieurs ordres : Gestion des ressources humaines, difficultés de collaboration avec le corps médical, mais ce qui prédomine reste les restructurations successives ; il est vrai que pour un lieu d'enquête certains cadres ont vécu deux voire trois restructurations en trois ans : « les restructurations sont très difficiles, il faut répondre à la demande, jongler avec les syndicats et mettre en action les équipes ». Ces situations font appel à un sens de la réactivité et de l'organisation important et l'accompagnement des équipes, dans un tel contexte est difficile. Nous savons

que les restructurations entraînent questionnement et peur de la part des paramédicaux concernés, l'absence de lisibilité pouvant accroître ce sentiment d'inquiétude : « Vite travailler sur le projet sans avoir de certitudes d'aller au final dans cette direction, les injonctions paradoxales ! ». L'encadrement exprime également ses difficultés dans le nombre de situations à gérer : « L'augmentation d'activité, le suivi des lits, le turn-over des personnels, les réponses aux plaintes des usagers, les sollicitations des agents, sans parler des médecins, sont tout autant de faits qui s'ajoutent à ce que je dois faire quotidiennement, il arrive un moment où c'est vraiment difficile ». Mais pour certains cadres ce qui reste difficile est l'absence de reconnaissance dans le travail effectué : « Un sentiment de ne pas être pris en compte en tant que personne ». La question des valeurs est également évoquée : « Avant il y avait une stabilité, puis il y a eu un changement de chef, donc plus les mêmes valeurs, cela a été d'une grande violence. Mes valeurs étaient désuètes, d'un autre temps, cela m'a mis le plus en difficulté ». En effet, la notion de valeurs partagées est très importante pour l'encadrement qui ne conçoit pas de travailler avec des personnes qui n'auraient pas une vision commune de la prise en charge des patients. Se sentir heurté dans ses valeurs, pour l'encadrement de proximité, n'est pas envisageable : « Si on ne partage pas les mêmes valeurs, alors ce n'est même pas la peine, on va droit dans le mur et ça ce n'est pas possible, il y a le patient au bout de la chaîne, nous sommes là pour lui ». C'est très certainement la situation vécue le plus difficilement par l'encadrement de proximité.

Les Cadres Supérieurs de Pôle

Tout comme l'encadrement de proximité, les CSP connaissent également des situations difficiles même si la manière d'aborder les choses sont différentes, nous parlons ici de prise de recul : « J'ai toujours surmonté, on est là pour gérer la complexité ». Les restructurations sont également évoquées par l'encadrement supérieur : « Les restructurations sont difficiles à mener, rendre des ETP, mouvements jour/nuit ce n'est pas toujours évident », cependant ce CSP précise que ces projets sont accompagnés de la part de la direction. Pour un autre cadre supérieur, une des difficultés majeures à laquelle il est confronté est le nombre croissant de problématiques sociales : « aujourd'hui la vie personnelle des agents impacte de plus en plus la vie professionnelle, c'est le monde à l'envers, cependant nous ne pouvons pas entendre les appels à l'aide de certains, c'est compliqué mais nous sommes également là pour aider les personnes d'autant plus à l'heure de la QVT ».

Les Directeurs Généraux d'établissement

Les DG ont conscience des difficultés rencontrées par l'encadrement, même s'ils savent qu'à leur niveau toute situation ne peut remonter : « Lorsque je suis averti je sais que le DS ou le DRH sont sur le coup ». Pour un des DG les réponses apportées sont diverses selon

la nature du problème mais ce qui lui importe le plus « c'est de le repérer et d'accompagner les gens ». Cette même personne évoque alors la notion de collectif qui à son sens peut être une solution : « Il faut que les cadres soient solidaires, travailler seul dans son coin n'est pas la solution car le jour où le problème surgit, le cadre se retrouve isolé, je vous laisse imaginer la suite ».

Le Directeur des Ressources Humaines

Le discours du DRH rejoint celui de ses collègues directeurs. Pour lui les difficultés sont multi factorielles : « Aujourd'hui les cadres sont exposés à des situations qu'ils ne rencontraient pas ou peu avant, je pense notamment aux problèmes sociaux de certains agents, c'est certain que cela ajoute aux difficultés quotidiennes qu'ils sont amenés à gérer, le volet ressources humaines, les familles, il est alors important de dialoguer et de les soutenir dans ces situations ». Il est un fait que dans ses missions, le cadre, garant de la qualité et de la sécurité des soins, doit s'assurer de l'opérationnalité de son équipe. Pour se faire, il doit pouvoir compter sur une équipe de professionnels en pleine possession de ses moyens. Nous savons que les problèmes d'ordre personnel impactent la vie professionnelle, de fait le cadre est donc amené à aider ses agents afin de s'assurer que leur travail soit le plus efficace possible et ainsi maintenir une prise en charge de qualité.

Les Directeurs des Soins

Les Directeurs des Soins interrogés ont connaissance des difficultés rencontrées par l'encadrement : « Bien sûr que je suis au courant des difficultés des cadres, reste que parfois, le problème est, quelle solution apportée ? ». En effet, les institutions hospitalières évoluent dans un contexte mouvant et contraint il est parfois difficile d'apporter des solutions souhaitées ou envisagées par l'encadrement. La proximité est évoquée par un DS : « J'essaie de rencontrer l'encadrement régulièrement que ce soit les cadres de pôle ou les cadres de proximité afin d'avoir une connaissance fine des situations, c'est important pour moi, ils doivent savoir que je suis là, qu'ils ne sont pas seuls, ils peuvent et doivent me solliciter ». Cependant un autre DS évoque la difficulté pour certains cadres de faire la démarche de solliciter le DS : « J'ai parfois été mis au courant tardivement de problématiques rencontrées par certains cadres. En fait parfois ils n'osent pas les évoquer partant du principe que c'est à eux de gérer. Certes l'autonomie c'est important mais parfois il faut aussi savoir passer le relais ». Il est vrai que pour nombre de cadres la représentation qu'ils ont de leur fonction est celle du manager capable de tout faire, de tout régler au risque de se trouver en burn out faute d'avoir pris du recul ou de s'être fait aider.

3.6 La fonction d'encadrement

Les Cadres de Santé

La vision de la fonction d'encadrement aujourd'hui diffère selon les personnes interrogées cependant une prédominance se détache dans un aspect plutôt négatif : « Je ne sais pas comment on va durer, manager des gens c'est le métier le plus difficile, j'ai peur d'être maltraitante ». Le discours est fort et empreint d'impuissance. Pour un autre cadre « C'est une fonction en mutation, c'est ça aussi qui est difficile, car ce n'est pas clair ». Dans un contexte tout aussi mouvant il peut être effectivement difficile d'avoir une vision à long terme et élargie des organisations et du management à adopter. La formation à l'IFCS est alors évoquée : « Je trouve qu'il y a un manque par rapport à la formation à l'IFCS : contrôle de gestion, RH, c'est beaucoup plus que du management d'équipe ». Ce discours est relayé par un autre cadre qui estime « Qu'il n'y a pas assez de formation à l'IFCS par rapport aux mutations de la fonction ». Nous constatons donc que les cadres souhaiteraient bénéficier d'un autre accompagnement lors de leur formation à l'IFCS afin « d'être plus armé ensuite sur le terrain ». Pour autant, la formation cadre, d'une durée de dix mois, met à distance les étudiants cadre du terrain. Pendant le temps de formation, le contexte hospitalier évolue, le retour dans les services de soins et les mutations de travail et d'organisation peuvent être difficiles pour les jeunes cadres, même si les stages effectués en cours de formation sont là pour qu'ils ne perdent pas contact et anticipent leur retour de formation. Pour un cadre de santé interrogé, la fonction d'encadrement aujourd'hui est « très complexe, mais je suis une passionnée, je ne sais pas faire autre chose, mais il faut avoir une capacité d'adaptation et parfois même faire adhérer à des projets auxquels on n'adhère pas ! ». La mutation de la fonction d'encadrement ne fait donc aucun doute et nécessite un accompagnement de l'encadrement supérieur et des directions institutionnelles.

Les Cadres Supérieurs de Pôle

Les personnes interrogées ont un discours commun : « C'est un beau métier auquel je crois mais c'est une fonction malmenée », « Le management me passionne mais aujourd'hui les cadres n'ont plus le temps de manager, gestion de l'urgence, c'est écoeurant pour un cadre de ne pas savoir comment va se passer sa journée ». Nous pouvons, à travers ces discours, comprendre les difficultés de la fonction d'encadrement aujourd'hui, difficultés qui concernent également l'encadrement supérieur. Les modifications sociétales (précarité, vieillissement de la population, problématiques sociales des agents) ont des impacts sur le management hospitalier.

Les Directeurs Généraux d'établissement

Pour eux « L'hôpital a besoin d'un encadrement solide car il a un impact direct sur les équipes », c'est « Assumer une continuité de fonctionnement avec une certaine cohérence

et gérer un héritage en tenant compte des contraintes du moment ». Le discours est clair, l'encadrement est porteur des projets mais surtout de leur opérationnalité, il doit donc être « solide » afin que la faisabilité soit effective dans les meilleures conditions possibles. Le contexte contraint et mouvant est également évoqué, pour palier à cela les DG évoquent une solution qui pourrait être apportée et qui réside dans le collectif de travail : « L'encadrement c'est un collectif, il faut travailler cela. On bute sur l'articulation et la constitution du collectif, c'est un travail de maieutique compliqué ». La notion de collectif, évoquée ici, l'est dans un aspect de difficulté de mise en œuvre, comme nous avons pût l'évoquer précédemment la mise en place des pôles d'activité n'est peut-être pas anodine, scindant parfois les relations, la communication, voire même instaurant un contexte de concurrence entre pôles.

Le Directeur des Ressources Humaines

Pour le DRH, le discours est très clair : « Le cadre de santé est pris en sandwich ». Ce discours nous renvoie à l'idée de perte d'autonomie exprimé par l'encadrement. Pour le DRH, la mise en place des pôles d'activité a là aussi eu un impact certain sur la fonction d'encadrement : « La création des pôles a donné moins de pouvoir aux cadres de proximité, ils ont moins de marge de manœuvre ». L'expression du DRH rejoint donc celui de l'encadrement qui regrette fortement une marge de manœuvre réduite. Conscient de cela le DRH évoque la communication, la lisibilité des projets et la notion de collectif : « Nous devons être vigilants quant à la communication des orientations à prendre, mais surtout travailler ensemble et faire que l'encadrement travaille ensemble, un collectif solide c'est important pour l'institution ».

Les Directeurs des Soins

Les DS ont conscience des mutations de la fonction d'encadrement, pour l'un d'entre eux « C'est le dernier rempart, c'est Schiva ». C'est donc plus sous un aspect de contraintes et de difficultés que cette fonction est envisagée, parlant même de « magicien qui n'a pas de baguette magique ». Il est vrai qu'aujourd'hui les cadres doivent savoir gérer de plus en plus dans la complexité, voire les paradoxes, un des DS évoquant cette fonction ainsi : « Ils essaient d'encadrer ce qui n'est pas encadrable ». Pour autant, là aussi, la notion de collectif et d'accompagnement est évoqué : « Afin d'être aidant, nous devons, nous les DS, créer un collectif cadre afin que les difficultés soient surmontées le plus sereinement possible ». Il est certain que l'isolement favorise l'épuisement professionnel et qu'il est du rôle du DS d'être vigilant par rapport à cette survenue potentielle. Les responsabilités croissantes dévolues à l'encadrement sont également évoquées mais dans une notion de partage : « Le cadre n'a pas toutes les responsabilités, parfois on va le voir pour les lui faire porter, il faut absolument travailler là-dessus ». Au-delà de la responsabilité, ce discours

renvoie également à l'isolement que l'encadrement peut connaître ; il faut parfois trouver un responsable et il est vrai que c'est souvent l'encadrement qui est en première ligne.

3.7 Le management institutionnel

Les Cadres de Santé

Le discours des cadres concernant le management institutionnel est plutôt négatif mais relié au contexte contraint qui s'impose à l'hôpital : « Violent car restrictions budgétaires et nous en faisons les frais ». Les directions ne sont pas mises en cause directement, encore moins les personnes, mais bien plus le contexte imposé par les orientations gouvernementales. Pour les cadres de santé, la mise en place des pôles d'activité a également un impact sur le management institutionnel : « J'ai une impression de strates, de cloisonnement, on est scindé, du coup la communication est difficile ». Ce discours est relayé par un autre cadre : « Il est très difficile de décloisonner les pôles, la mutualisation est quasi impossible ». Ce sentiment est partagé par d'autres cadres qui parlent alors de manque de lisibilité et de verticalité, évoquant par là un manque de communication, voire une vision institutionnelle réduite : « Nous sommes souvent cantonnés à notre pôle sans savoir réellement ce qui se passe à côté, il est vrai que nous avons les réunions d'encadrement institutionnel, mais bon on reste fixé sur notre pôle, sur notre service même ». Le management institutionnel est donc soumis aux contraintes budgétaires et organisationnelles qui s'imposent à lui, le rendant parfois « limite maltraitant » pour une personne interrogée. L'institution hospitalière et à travers elle, la Direction des Soins doit donc être vigilante quant au management institué à l'hôpital au risque d'accroître le malaise des cadres existant.

Les Cadres Supérieurs de Pôle

Là encore, les mutations qu'a connu l'hôpital sont évoquées : « L'hôpital s'est tellement complexifié qu'on arrive plus à le faire fonctionner, cela va à l'encontre de la nouvelle gouvernance ». Nouvelle gouvernance, pôle d'activité sont une fois de plus évoqués mais là encore dans leur complexité : « Les pôles sont un problème alors qu'ils étaient la solution ». Le contexte et la rapidité de l'opérationnalité des projets à mettre en œuvre sont avancés : « Alors qu'on devrait être dans du participatif, faire que les personnes s'approprient les projets, parfois, faute de temps, nous sommes plus dans du directif, difficile dans ces conditions de faire adhésion ». Le facteur temps impacte donc le style de management choisi, il est certain que pour continuer à exister l'institution hospitalière doit faire preuve de réactivité, d'autant plus qu'elle peut être exposée à une concurrence privée prégnante.

Les Directeurs Généraux d'établissement

Les directeurs s'accordent à dire que le management institutionnel doit être participatif : « Pour moi c'est forcément participatif. C'est être en mesure que les personnes qui sont sous votre responsabilité trouvent leur épanouissement ». Pour autant il semble que cela ne soit pas si aisé à mettre en œuvre car « C'est une équation difficile à résoudre ». Un autre directeur va plus loin dans la réflexion : « Existe-t-il un management participatif, pour moi la réponse est non ». Ce discours peut heurter, pour autant il a le mérite d'être authentique. Le directeur interrogé l'explique ainsi : « Nous avons une feuille de route que nous devons mener à bien, et parfois nous n'avons pas la temporalité nécessaire de la concertation, dans ces cas-là le participatif nous sommes obligés de le mettre de côté ». Là encore nous comprenons l'impact des différentes réformes que l'hôpital peut subir.

Le Directeur des Ressources Humaines

Le discours du DRH est le suivant : « Le management participatif c'est le meilleur management, le directif c'est l'échec ». Pour lui il est essentiel de faire participer l'encadrement et les équipes « C'est pour moi un gage de qualité, si nous imposons les choses c'est perdu d'avance. On a un projet, il faut les consulter, expliquer nos objectifs, voir s'ils ont des idées ». Cela fait donc appel à une lisibilité, une transparence, ce qui pourtant semble faire défaut dans certains cas.

Les Directeurs des Soins

Pour les DS, ce qui importe c'est « d'être sur le terrain, avoir une oreille qui traîne, écouter l'encadrement et les agents ». Nous comprenons ici l'importance de la communication, qui est d'ailleurs reprise par un DS : « La communication est essentielle, si on ne communique pas ça ne marche pas, mais communiquer ça veut également dire écouter l'autre ». Cette vision du management rejoint le mode participatif, management qui est le plus consensuel car il laisse la place aux différents acteurs en présence, se sentant ainsi reconnu dans leurs fonctions et existant dans le travail qu'ils réalisent. « Le management participatif est un management de concertation, chacun participe à son niveau, cela donne du sens à ce qui est fait ». La confrontation d'idée est un atout pour l'institution, « Chacun à son niveau amène une pierre à l'édifice », ce mode opératoire renvoie à la notion de collectif et de collégialité, au sentiment d'appartenance, ceci ne pouvant être que bénéfique pour l'institution.

3.8 Les attentes des acteurs

Les Cadres de Santé

La communication et la lisibilité des projets sont unanimement évoqués par l'encadrement de proximité : « avoir un dialogue constructif », « l'accompagnement des projets et la reconnaissance du travail effectué », « l'écoute à notre niveau, beaucoup d'infos sont filtrées par les cadres supérieurs ». L'équité est également formulée, notamment dans la charge de travail demandé : « le problème quand tu fais bien le job c'est que tu es très souvent sollicité, alors c'est vrai c'est valorisant mais parfois c'est difficile car c'est toujours à toi qu'on s'adresse ». Un positionnement de la DS est également évoqué, notamment pour « contre balancer le DRH car il n'a pas toujours la connaissance de nos problématiques et la DS est là justement pour remettre les choses à leur juste place ». A travers ce discours c'est une vision économiste qui est pointé du doigt, garant de la prise en charge des patients, les cadres de proximité souhaitent sortir de cette vision qui heurtent leurs valeurs professionnelles.

Les Cadres Supérieurs de Pôle

Leur discours est semblable à celui des cadres de proximité. La communication est essentielle car facilitateur dans la coordination des différents projets à mener. La fédération est également un élément important : « Le DS doit fédérer l'encadrement, favoriser le collectif et nous représenter auprès de la direction générale, elle porte notre voix. ». Contrairement aux cadres de proximité, la lisibilité concernant les projets institutionnels n'est pas évoquée, ce qui, en soit, n'est pas surprenant vue la place occupée par les cadres supérieurs de pôle.

Les Directeurs Généraux d'établissement

Les directeurs attendent de l'engagement de la part de l'encadrement, mais également de la loyauté vis-à-vis de l'institution et de l'implication. Pour eux cela passe par une communication efficiente même si « l'hôpital est le lieu de discours différents ». L'autonomie est mise en avant car pour les directeurs cela est synonyme de bien-être et de qualité de travail, cela passe par « un rappel des socles de fonctionnement de chacun », nous retrouvons ici l'idée de transparence et de lisibilité, chacun ayant connaissance du périmètre d'actions de l'autre.

Le Directeur des Ressources Humaines

La vision du DRH est plus gestionnaire : « J'attends de l'encadrement qu'il soit en capacité de s'organiser, pour moi douze heures par jour est significatif d'un problème ».

Les Directeurs des Soins

La loyauté est unanimement évoquée : « Une loyauté institutionnelle à toute épreuve », mais cela va au-delà. Pour les DS, l'encadrement doit également posséder un esprit critique et être en capacité de s'opposer : « Je préfère des cadres qui disent les choses ». Les compétences managériales sont également mises en avant notamment à travers les différents projets institutionnels qui doivent être portés : « J'attends de la maturation, un management par projet ». La notion de valeurs professionnelles fait partie des attentes dans la mesure où elles sont fédératrices. Pour reprendre ce qui a été dit par les directeurs, le respect de la place de chacun est évoqué par les directeurs des soins : « être à sa place dans le respect des métiers des autres ».

3.9 Les outils de prévention de l'épuisement professionnel.

Les Cadres de santé

Ils sont multiples : la communication, le respect de la vie personnelle et professionnelle, le sens donné au travail, la reconnaissance et la QVT. L'autonomie, les marges de manœuvre possibles sont évoquées à plusieurs reprises. L'analyse de pratique est mise en avant, car pour les cadres de proximité « ce sont des espaces d'échanges, tu peux te rendre compte que tu n'es pas la seule avec cette problématique, c'est important de le savoir ». Ce discours renvoie à la notion de collectif qui est un élément fort dans la prévention de l'épuisement professionnel, « entre cadre il faut une solidarité ». La mobilité institutionnelle est avancée comme une possible solution : « Le changement de service peut aider nous savons qu'il y a des unités difficiles et à trop y rester tu t'épuises ». Un autre cadre parle de « mobilité raisonnée, c'est-à-dire que ce n'est pas de l'instabilité, n'oublions pas qu'il y a des projets à mettre en place ». Une mobilité tous les cinq ans semble faire l'unanimité auprès de l'encadrement de proximité. La formation est un axe discuté car elle apporte ouverture et échanges, nous retrouvons là la mise en commun de situations vécues et l'analyse qui peut en être faite.

Les Cadres Supérieurs de Pôle

Les réunions d'encadrement semblent être un facteur de prévention, avec toutefois une précision : « Les réunions d'encadrement mais plus sous la forme de discussion, d'échanges sur des situations vécues, aujourd'hui nous sommes plus sur des réunions d'informations descendantes ». Nous retrouvons à travers ce discours la volonté de communiquer sur des situations rencontrées, cela rejoint l'idée de collectif évoqué précédemment. Pour autant les cadres supérieurs ont conscience qu'il n'est pas aisé de « faire parler les cadres de leurs difficultés », la peur du jugement, voire de l'incapacité à gérer la problématique est évoquée. Pour l'encadrement supérieur il serait bon de « donner

du temps aux cadres, même si ce n'est pas d'actualité ». La mise à distance des problématiques, la prise de recul seraient une solution, tout comme le fait de faire comprendre aux cadres « qu'ils ne peuvent pas tout faire ». La mise en place d'outils de gestion et d'analyse seraient d'ailleurs une opportunité dans ce souhait de temps supplémentaires.

Les Directeurs Généraux d'établissement

La QVT au travail est annoncée spontanément : « Il faut s'en emparer, aujourd'hui c'est primordial ». Le ministère ou les autorités telles que la HAS, invitent fortement les institutions hospitalières à s'engager dans des démarches de QVT. La mobilité de service est avancée car « lorsqu'un cadre n'est pas bien il faut se poser la question de savoir depuis quand il est dans son unité, il est peut-être temps qu'il parte ».

Le Directeur des Ressources Humaines

Comme pour ces collègues directeurs, le DRH avance spontanément la QVT. L'établissement est inscrit dans une démarche de « cluster », démarche expérimentale. Pour lui, le Cluster répond parfaitement à une démarche de prévention de l'épuisement professionnel car l'idée est de travailler en groupe sur une problématique : « ainsi le problème ne repose plus sur une mais des personnes, on atteint là un niveau de collectif, ça change tout ». De fait, de plus en plus d'institutions s'engagent dans cette démarche qui semblent également donner sens et reconnaissance au travail effectué.

Les Directeurs des Soins

Les DS avancent la communication en premier lieu : « Il faut se dire les choses, les personnes doivent apprendre à communiquer, surtout sur ce qui ne va pas ». Le travail par la confiance est évoqué à travers un management collectif avec une responsabilité partagée : « lorsqu'il y a un problème il n'y a jamais qu'un seul responsable ». Pour les DS la formation continue est facteur de prévention : « La formation continue est essentielle, elle ouvre l'esprit et permet de se remobiliser, c'est motivant ». Le retour d'expérience à travers l'analyse des pratiques professionnelles peut être une solution cependant un bémol est annoncé : « L'analyse de pratiques doit se développer mais il faut être très vigilant quant aux choix de la personne qui l'anime, car si la parole n'est pas libre, alors c'est inutile ». Nous le constatons, les outils annoncés par les DS sont très proches de ceux évoqués par l'encadrement, qu'il soit de proximité ou supérieur, nous pouvons relier cela à une culture soignante commune.

3.10 Synthèse des entretiens

A travers la question de la définition du burn out, nous nous intéressons au fait de savoir qu'elle était la vision des différents acteurs, du burn out. Les mots, les expressions utilisés seraient-ils les mêmes ? Au-delà de ce questionnement, c'est la connaissance de l'existence même de l'épuisement professionnel dans l'institution qui était également recherchée. A travers les réponses obtenues, celles de l'encadrement et des équipes de directions, nous pouvons dire que l'épuisement professionnel existe et que l'ensemble des acteurs ont conscience de cette problématique. La spontanéité des réponses obtenues nous montre que les personnes interrogées ont été, ou ont connu des personnes en syndrome d'épuisement professionnel.

Aux vues des différentes réponses obtenues, nous pouvons dire que l'épuisement professionnel est une préoccupation pour les différents acteurs de l'institution hospitalière. Chacun, à son niveau hiérarchique, a conscience qu'il peut être touché par ce syndrome, d'autant plus que le contexte de contraintes dans lequel ils évoluent est de plus en plus prégnant.

Concernant la modification du travail des cadres, nous retrouvons les mêmes items chez l'encadrement et chez les équipes de directions. En effet, tous les acteurs interrogés s'accordent à dire que les différentes réformes hospitalières ont impacté le travail des cadres. Les cadres apportent des éléments concrets de leur vécu de travail, à travers une intensification des projets, des réorganisations, une gestion plus financière des unités de soins, le passage à la T2A évoqué par les DG est également repris par l'encadrement. La gestion financière, les nombreux projets à mener sont vécus difficilement par l'encadrement car l'éloigne des équipes de soins, tout comme une GRH du fait de l'augmentation de l'absentéisme exponentielle. Pour les CSP, la mise en place des pôles d'activité ont modifié le travail, les DG reprennent d'ailleurs cette idée, tout comme les DS. La perte d'autonomie est mise en avant par l'encadrement, la gestion par pôle qui devait la favoriser ne semble pas être une réalité de terrain. Le manque de lisibilité des projets est également avancé, pour deux raisons : une non communication de l'encadrement supérieur, ainsi que la rapidité d'exécution dans la mise en œuvre des projets. L'équipe de direction s'accorde à dire que tout va très vite, que le facteur temps manque parfois, mais qu'il en va de la survie des établissements, d'où l'utilisation d'une communication parfois plus verticale.

Concernant la nature des difficultés rencontrées par l'encadrement, elles sont multi factorielles. Les restructurations sont rapidement mises en avant, avec là encore, le manque de lisibilité des projets. L'intensification dans la gestion des unités de soins, (augmentation de l'activité, baisse de la DMS, turn-over des agents, gestion de

l'absentéisme) sont énoncés à plusieurs reprises. Le manque de reconnaissance est également évoqué tout comme les valeurs heurtées. Les équipes de direction sont pleinement conscientes des difficultés avancées par l'encadrement, la QVT est annoncée comme une réponse potentielle aux problématiques qui se posent à l'encadrement.

Pour la fonction d'encadrement, la perception des acteurs interrogés est différente. Pour l'encadrement, qu'il soit de proximité ou supérieur, c'est une fonction en mouvance. La formation à l'IFCS est mise en cause par l'encadrement de proximité. Les cadres jugent la formation trop généraliste, pas suffisamment axé sur les problématiques de terrain. Le manque d'outils est évoqué, notamment pour les contrôles de gestion. De fait les cadres attendent un accompagnement de la part de leur hiérarchie de proximité ou générale. Pour l'équipe de direction, la notion de collectif est à plusieurs fois citée, ainsi que l'importance de la communication, l'encadrement, porteur de projets, doit soutenir le discours institutionnel.

Autre thème abordé, le management institutionnel. Le discours des cadres de proximité est rejoint par l'encadrement supérieur. Le discours est négatif, la mise en place des pôles est remise en cause, à travers un cloisonnement, un sentiment de strate et de manque de communication. Le mode participatif du management n'est pas évoqué par l'encadrement. Pour les équipes de direction, le mode participatif est le plus adapté, voire utilisé, même si dans les faits ce n'est pas toujours le cas, vues le contexte contraint que connaît l'hôpital.

Concernant les attentes, l'encadrement de proximité et supérieur attendent de la reconnaissance du travail effectué, mais insistent également sur la communication et la lisibilité des projets institutionnels à mener. L'encadrement supérieur met en avant la notion de fédération qui rejoint la notion de collectif évoqué précédemment par la direction. Les équipes de direction unanimement, avancent la loyauté, l'engagement, l'implication et l'autonomie. Les valeurs professionnelles sont citées par les directeurs des soins, ainsi qu'un certain esprit critique. La confrontation d'idées est, pour les DS, un atout pour l'institution, permettant des échanges et des partages sur les pratiques professionnelles.

Afin de prévenir l'épuisement professionnel les acteurs interrogés proposent différentes actions. La qualité de vie au travail est énoncée par l'ensemble des acteurs, elle revêt différentes formes : la reconnaissance du travail effectué, l'autonomie, des espaces d'échanges, l'analyse des pratiques professionnelles, la mobilité institutionnelle. La formation continue est également mise en avant, par l'acquisition de nouvelles compétences mises au service de l'institution. Le management participatif, par la concertation, l'échange et la lisibilité des projets serait également facteur de prévention.

Pour conclure ce chapitre, nous pouvons dire que les hypothèses énoncées sont validées. En effet, si le DS communique sur ses attentes vis-à-vis de l'encadrement, cela donnera du sens et de la pertinence au travail du cadre. La communication et la lisibilité des projets énoncés à plusieurs reprises par l'encadrement sont effectivement souhaités. Par ces actions, le DS permettrait alors à l'encadrement de donner du sens à ce qu'il fait. Ce sens donné est un facteur de prévention de l'épuisement professionnel. Par ailleurs, la connaissance par le DS de la réalité du travail effectué par l'encadrement, permet la reconnaissance qui permet de prévenir le burn out.

Le chapitre suivant aborde les préconisations que le directeur des soins peut mettre en œuvre afin de prévenir l'épuisement professionnel des cadres.

4 STRATEGIE MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS POUR PREVENIR L'EPUISEMENT PROFESSIONNEL DES CADRES DE SANTE

4.1 Le projet de soins infirmiers, de rééducations et médico-techniques

Articulé avec le projet médical, le projet de soins l'enrichit et le complète pour devenir un projet soignant partagé par toute la communauté hospitalière. Il s'inscrit en cohérence avec les autres composantes du projet d'établissement, en particulier le projet social et le projet de management. Il doit s'appuyer sur une dynamique collective et participative menée par le DS, qui peut ainsi énoncer ses attentes vis-à-vis de l'encadrement. Le projet de soins doit inclure un axe qui vise à renforcer, soutenir et valoriser l'action des cadres de santé dans le fonctionnement opérationnel des unités de soins. Les CDS mettent en œuvre les orientations stratégiques institutionnelles et doivent donc être accompagnés dans cette démarche. Dédier un axe du projet de soins à l'encadrement est facteur de connaissance et de reconnaissance du travail effectué par le DS. Nous proposons deux objectifs : recentrer l'encadrement sur son « cœur de métier » et conforter l'implication de l'encadrement dans la gestion des risques liés aux soins.

4.1.1 Recentrer l'encadrement sur son « cœur de métier »

Le CDS, garant de la prise en charge des patients est le premier niveau d'encadrement. C'est lui qui fait le lien entre l'équipe soignante, le corps médical et l'administration. Ses missions, en collaboration avec l'équipe médicale, sont nombreuses :

- l'organisation des soins : projet de service, répartition des ressources et moyens, élaboration de tableaux de bord pour le suivi d'activités...

- le contrôle : qualité et sécurité des soins, traçabilité, rédaction de procédures, audits, veille sanitaire...

- la communication : interne à destination des équipes, de la hiérarchie, externe envers le patient, sa famille, la ville...

- Le matériel : maintenance des équipements, logistique des matériels afférents aux soins...

- les ressources humaines : évaluation, nouveaux recrutés, développement de compétences, activités innovantes...

Le contexte contraint que connaît l'institution hospitalière impacte le fonctionnement du cadre. Il est important de recentrer ses activités sur le management clinique. Pour ces raisons, le DS travaillera en collaboration avec le DRH, afin que des outils de gestion de l'absentéisme soient mis à disposition de l'encadrement. Il pourrait également être envisagé que le volet RH soit géré par les services du DRH : des pools de remplacement peuvent être une solution, tout comme une gestion centralisée par les RH concernant les appels à heure supplémentaires ou à l'intérim. Ce temps libéré permettrait à l'encadrement de se centrer sur les projets, d'accompagner les équipes dans leur mise en œuvre et de veiller à la qualité de prise en charge des usagers. D'autre part, des logiciels de commandes et de suivi de maintenance des équipements seront mis à disposition de l'encadrement afin de libérer du temps de management.

4.1.2 Conforter l'implication de l'encadrement dans la gestion des risques associée aux soins

La gestion des risques associée aux soins est un enjeu pour l'institution hospitalière. La loi du 4 Mars 2002⁵⁷ conforte l'utilisateur dans l'obtention de soins de qualité. La qualité de la prise en charge et la sécurité des soins sont des missions du DS qui doit élaborer et mettre en œuvre la politique qualité au sein de l'établissement. De fait, cette mission est dévolue aux cadres qui doivent accompagner leurs équipes dans une réflexion commune d'appropriation de cette thématique. Pour l'encadrement, cette mission requiert de la vigilance car il doit être en capacité de mesurer les écarts entre ce qui est prescrit et ce qui est réellement réalisé. L'acculturation de la gestion des risques nécessite des valeurs communes en matière de sécurité, une vision collective des soins de qualité. Pour se faire des actions de formation du personnel seront à mettre en œuvre, en effet, analyser les pratiques professionnels permet une certaine transparence et une responsabilisation des personnels en veillant à ne pas être dans le jugement. La qualité gestion des risques permet à l'encadrement de mettre en œuvre un management clinique, de situer ses activités au plus près des patients et d'accompagner les équipes dans cette démarche. A travers cette mission, le cadre se situe en proximité des équipes de soins, souhait clairement exprimé dans l'analyse des entretiens effectués.

⁵⁷ Loi n°2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

4.2 Le projet managérial

Les différentes réformes hospitalières ont modifié le travail institutionnel tant auprès des cadres de proximité que des équipes de direction. Le projet managérial résultante du projet d'établissement, doit préciser les attentes des équipes de direction vis-à-vis de l'encadrement, cela permettra une lisibilité des missions des cadres au niveau institutionnel et ainsi, une meilleure efficacité dans leur travail. Pour le Directeur des Soins, le projet managérial est un enjeu stratégique car les cadres développent le management institutionnel auprès des équipes de soins. Afin d'accompagner les cadres dans leur quotidien de travail et favoriser leur bien-être au travail et ainsi prévenir l'épuisement professionnel, différentes actions peuvent être envisagées, notamment l'analyse des pratiques professionnelles, la mobilité, les réunions d'encadrement, le coaching.

4.2.1 L'analyse des pratiques professionnelles

Pour Dominique Fablet⁵⁸, « les dispositifs d'analyse des pratiques vise essentiellement à l'évolution de l'identité professionnelle des praticiens dans ses différentes composantes : renforcer les compétences requises dans les activités professionnelles exercées, accroître le degré d'expertise, faciliter l'élucidation des contraintes et enjeux spécifiques de leurs univers socioprofessionnels, développer des capacités de compréhension et d'ajustement à autrui. » A travers cette définition nous voyons tout l'intérêt de mettre en place l'analyse des pratiques professionnelles (APP) pour l'encadrement soignant. En effet, l'analyse des entretiens effectués au cours de notre étude, a montré un certain isolement des cadres de santé face aux difficultés rencontrées. L'APP est un enjeu stratégique, un levier managérial pour le Directeur des Soins car sa mise en œuvre peut s'opérer à différents niveaux :

- Créer un collectif : l'APP s'effectue par groupe de dix à douze personnes, sur la base d'une exposition à une difficulté, ou alors, a apporté une solution qu'elle ne juge pas satisfaisante. Cela demande donc d'être en capacité de parler de ses difficultés et nécessite une certaine confiance ; pour ces raisons il est important que la personne qui anime le groupe soit formée à l'APP. De fait, l'animateur devra être choisi avec discernement, se peut être par exemple, un formateur de l'IFSI ou de l'IFCS, personne extérieure aux services de soins. Nous insistons sur ce fait afin que les cadres en présence se sentent bien et puissent parler sans notion de jugement, le but étant que la parole circule librement. L'échange sur les situations évoquées favorise un sentiment d'appartenance à la même catégorie socioprofessionnelle, à des valeurs identiques et à des situations de travail similaires. Ainsi, le cadre ne se sent

⁵⁸ D. Fablet, Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative, Revue connexion, Février 2004, p105

plus seul face aux difficultés et peut, s'il en a besoin trouver de l'aide auprès de ses collègues, ainsi le collectif est en construction.

- Développer des compétences : l'APP par la dynamique de groupe favorise l'émergence d'idées, d'échanges. Les discussions ouvertes lors de l'APP conduisent la personne à travailler sur le sens de sa pratique, à s'interroger sur sa manière d'exercer son activité professionnelle. Cette quête de sens, ses interrogations, ce cheminement, favorisent le développement de compétences par l'analyse du travail réel effectué. C'est un travail d'introspection qui est demandé, voir dans le détail ce qui s'est passé et tenter de comprendre pourquoi cela s'est passé ainsi. Les ressources mobilisées permettront au professionnel de reproduire son action dans des situations proches, d'adapter son discours, d'apporter la meilleure solution possible au regard de la situation présente.

L'APP est une démarche de ré-interrogation du travail effectué, de l'organisation, elle s'inscrit dans la qualité de vie au travail. Cela permet de redonner du sens, mais surtout d'avoir le sentiment « de bien faire son travail ». Dans le même ordre d'idée, nous retrouvons les « clusters » initiés par la HAS et l'ANACT : basé sur un trinôme direction, personnel, corps médical, l'objectif est d'améliorer la qualité de vie des personnels en les associant dans les projets tels que l'achat d'équipement ou les réorganisations de services. La direction des soins doit se saisir de cette démarche et l'accompagner, garantissant ainsi le bien-être au travail des personnels et la qualité des soins aux usagers.

4.2.2 La mobilité

Comme nous l'avons vu au cours des entretiens réalisés il est indispensable pour l'institution de disposer d'un encadrement présent et actif. Déclinant la politique institutionnelle, les cadres de proximité doivent être investis dans leurs unités de soins. Nous savons qu'avec l'épuisement professionnel la personne n'est plus en capacité de faire face ni de prendre du recul face aux situations qui se présentent à elle. La mobilité institutionnelle peut être facteur de prévention du burn out.

En effet, avant que le cadre ne se trouve en difficulté, en incapacité de gérer son service, il est souhaitable d'envisager un changement d'unité. Nous partons du principe que ce changement, non pas imposé mais accompagné, peut prévenir l'épuisement du cadre. Dans une nouvelle unité, le cadre mobilisera ses compétences, son expérience, sera à même de conduire de nouveaux projets car de nouvelles perspectives s'offriront à lui. Ce changement devra être accompagné par le Cadre Supérieur de Pôle qui favorisera l'accueil et l'intégration du cadre de proximité dans le service, pour se faire, le CSP favorisera le dialogue entre le cadre de proximité et le corps médical. Le Directeur des Soins et le DRH,

en étroite collaboration, mettront en place une politique de mobilité institutionnelle ; les postes vacants seront accessibles sur l'intranet de l'institution et une procédure de mobilité sera écrite en lien avec les partenaires sociaux.

4.2.3 Les réunions d'encadrement

Les réunions d'encadrement sont des temps privilégiés pour le DS avec les cadres. Afin de faciliter la communication et d'établir une proximité, le DS favorisera des réunions à l'échelle des pôles. Cela permettra un temps d'échange et de partage plus constructif. Au cours de l'analyse nous avons vu que les cadres de santé souhaitaient être en proximité avec la Direction des Soins. Nous envisageons que ces réunions à l'échelle des pôles puissent faciliter la communication car en nombre de personnes plus restreint. Ces temps d'échanges devraient permettre d'aborder des problématiques de management des cadres. Le but étant de « libérer la parole ».

Comme évoqué lors de l'analyse, les cadres ont le sentiment que les cadres supérieurs « filtrent » certaines informations. Ces réunions seront également l'occasion pour le Directeur des Soins de vérifier si les informations circulent au sein de l'institution, comment elles circulent et ce qu'en comprennent les cadres.

Dans un souci de création de collectif, Le Directeur des Soins mettra en place des réunions d'encadrement institutionnelles. Dans ces réunions la communication est plus verticale. Elles seront utilisées dans un sens informatif des projets institutionnelles et de la politique d'établissement. Ces rencontres sont importantes, car, outre le fait que des informations sont données, elles permettent aux cadres de santé de voir qu'ils ne sont pas seuls et représentent une part non négligeable d'acteurs sur l'institution.

4.2.4 Le coaching professionnel

Le coaching se définit comme « l'accompagnement d'une personne destinée à favoriser une meilleure expression de ses qualités, de ses ressources ou de ses compétences »⁵⁹. Le coaching s'inscrit dans une démarche d'accompagnement, processus centré sur la réalisation d'objectifs, il est destiné à aider le bénéficiaire à trouver ses propres solutions. L'accompagnement s'effectue dans un cadre défini et intervient :

⁵⁹ G.Alexandre, citation empruntée à l'Encyclopédie des ressources humaines publiée sous la direction de J. Allouche Vuibert Editions – 2003

- dans un contexte professionnel
- dans le respect d'une déontologie qui permet de garantir la confidentialité
- pour aider la personne à atteindre des objectifs définis par elle ou en accord avec elle
- en mobilisant des compétences qui sont identifiées ou reconnues dans le monde professionnel du coaching

Le coaching doit être adapté aux objectifs professionnels et à la situation du professionnel. Ce dispositif sera mis en place pour développer le potentiel du bénéficiaire, mobiliser les éléments d'une situation rencontrée ou l'aider à prendre de la hauteur dans une situation vécue. Le coaching repose sur les qualités professionnelles du bénéficiaire, de fait il ne doit pas être une démarche psychologisante. Le coach devra donc être un professionnel aguerri car le coaching ne doit pas déboucher sur une perte d'autonomie ou d'identité du professionnel, ni générer une quelconque dépendance à l'égard du coach lui-même, ou à l'égard de la démarche de coaching. Le coaching doit permettre le développement de compétences et aider le coaché dans la recherche de solutions face aux problèmes à traiter. Il est important de contractualiser le coaching pour des raisons temporelles et d'engagement et d'en préciser les objectifs.

4.3 La formation facteur de prévention de l'épuisement professionnel

La formation, qu'elle soit initiale ou continue, est un facteur d'accompagnement du Directeur des Soins auprès des cadres. La formation permet au bénéficiaire de développer des compétences qu'il mettra en œuvre dans son activité professionnelle. Nous distinguons la formation initiale à l'IFCS et le développement professionnel continu.

4.3.1 La formation à l'IFCS

Il est important que le Directeur des Soins soit en proximité avec l'IFCS ; en effet, afin de mieux répondre aux attentes institutionnelles, il est nécessaire que l'IFCS et la DS opèrent un véritable partenariat, gage que les « jeunes cadres » répondent aux attentes de l'institution qui va les accueillir. La formation cadre comprend des enseignements théoriques, pratiques, à travers des stages en milieu hospitalier et en entreprises. Pour autant les cadres ressentent un décalage entre la formation proposée et la réalité de terrain. Pour pallier cet état de fait, un IFCS en collaboration avec la DCGS a mis en place les Lieux de Développement Professionnel (LDP). Les LDP (unité des soins, structure interne...)

constituent des terrains permanents d'exploration et de compréhension des situations de travail dans un co-accompagnement formateur IFCS et cadre de santé. Ce dispositif permet aux cadres en formation de comprendre et ainsi agir avec pertinence dans leur environnement de travail. Par ce dispositif, même en formation, le futur cadre de santé est en lien avec la réalité du travail car le LDP s'étend sur toute la durée de la formation à l'IFCS. L'accès aux situations réelles de travail participe à la découverte des activités cœur de métier dans une perspective de prise de poste. De plus, la mise en place de LDP favorise les échanges et permet la création d'un réseau qui ne sera que bénéfique au cadre jeune diplômé.

4.3.2 Le développement professionnel continu (DPC)

Selon la HAS⁶⁰, « le DPC a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques ». La HAS a pour mission de valider et de mettre à disposition des méthodes pour aider les professionnels à mettre en œuvre leur DPC. Trois types d'actions sont proposées :

- des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques
- des actions de gestion des risques
- des actions de formation.

Dans le domaine de la formation, nous retrouvons la formation présentielle (congrès scientifique, séminaire, colloque, formation universitaire...) ainsi que les formations diplômantes ou certifiantes.

Nous estimons que le DPC peut être une réponse à la prévention de l'épuisement professionnel des cadres ; en effet, lors de l'analyse nous avons vu que les cadres étaient demandeurs de formation. Les cadres ne disposent que de peu de perspectives d'évolution professionnelle de carrière, les postes de cadre supérieur sont peu nombreux et peu d'alternatives d'évolution sont proposées de fait aux cadres. La formation continue se présente comme une perspective, une ouverture sur l'acquisition de compétences qui seront mises en œuvre dans l'établissement. De même, aujourd'hui, de nombreux IFCS proposent des masters aux étudiants cadres en formation, il est donc intéressant d'accompagner l'encadrement dans la possibilité de suivre un master. En collaboration

⁶⁰ www.has-sante.fr

avec la DRH, le Directeur des Soins, dans l'élaboration du plan de formation doit envisager l'accès au master des cadres, cette accessibilité, au-delà des nouvelles compétences acquises, sera facteur de reconnaissance pour l'encadrement.

Conclusion

L'épuisement professionnel est un enjeu majeur de santé publique. Les autorités ministérielles, (santé, travail), ont mesuré les conséquences de sa survenue. Les institutions doivent répondre à la réglementation demandée. L'hôpital est un lieu de complexité où les situations de travail sont parfois difficiles à gérer. Afin de proposer des soins de qualité et de sécurité aux usagers, l'institution hospitalière doit « prendre soin » des acteurs et faciliter leur qualité de vie au travail.

Les cadres de santé sont « en première ligne » dans l'institution : gestion d'équipe, déploiement des projets institutionnels, relation avec les usagers, qualité et sécurité des soins, autant de défis qu'ils doivent relever chaque jour. Les différentes réformes mises en oeuvre ces dernières années ont profondément impacté leur mode de fonctionnement, les difficultés auxquelles ils sont confrontés sont réelles.

En tant que Directeur des Soins la thématique de l'épuisement professionnel est pour nous une priorité. Dans un contexte de plus en plus contraint, il nous paraît essentiel d'accompagner les cadres dans le déploiement de la politique institutionnelle et de préserver leur qualité de vie au travail.

Le Directeur des Soins doit alors mettre en place une stratégie d'accompagnement auprès des cadres. Les préconisations proposées, non exhaustives, visent la reconnaissance et le sens au travail effectué et se veulent pragmatiques. Le projet de soins et le projet managérial sont pour nous des leviers forts d'accompagnement de l'encadrement. La formation, souhaitée par les cadres, axe de développement des compétences, permettra une valorisation des connaissances acquises.

Ce travail d'étude est pour nous une opportunité dans l'exercice de notre futur métier. En effet, avoir la possibilité d'échanger avec l'encadrement et les équipes de direction sur cette thématique d'épuisement professionnel, nous a permis de clarifier le discours des acteurs et de connaître leurs attentes. Directeur des Soins, nous serons vigilant quant à la communication et aux échanges avec l'encadrement afin de garantir bien-être au travail et qualité et sécurité des soins à l'égard des usagers.

Bibliographie

BARRUEL F. et SCAON S. 2012, *Le vécu psychologie des soins pour les professionnels. QVT et management participatif*, Editions Lamarre, 240 p.

BOURRET P. 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital : le travail de lien invisible*, Seli Arslan, 284 p.

BRUNEAULT P. et FOUQUEREAU E, 2012, *QVT et management participatif*, Editions Lamarre, 240 p.

CLOT Y., 2010, *Le travail à cœur pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, La Découverte, 190 P.

COLOMBAT P., BARRUEL F., SCAON S., 2012, *Souffrance des soignants et burn out, QVT et management participatif*, Editions Lamarre, 240 p.

COLOMBAT P., 2012, *QVT et management participatif*, Editions Lamarre, 240 p.

DUBET F. 2006, *Injustices, l'expérience des inégalités au travail*, Editions du Seuil, 406 p.

DUBOURG P., 2012, *QVT et management participatif*, Editions Lamarre, 240 p.

Référentiel de compétences des Directeurs des Soins, EHESP, Décembre 2011, mise à jour Décembre 2014

RICOEUR P. 2007, *Parcours de la reconnaissance, Trois études*, Paris Folio, 366 P.

TAYLOR C. 2009, *Multiculturalisme. Différence et démocratie*, Champs essais, 144 P.

ZAWIEJA P., GUARNIERI F., 2015, *L'épuisement professionnel, diagnostic, analyse, prévention*, Collection Arman Colin, 240 P.

ZAWIEJA P., 2015, *Le burn out*, Que sais-je, Puf

Articles, Revues

ANDONOVA Y., VACHER B., 2013, *Visibilité et reconnaissance de l'individu au travail*, Revues.org, p 136 – 147

BRUN JP., DUGAS N., 2005, *La reconnaissance au travail : analyse d'un concept riche de sens*, Gestion, volume 30, n°2.

CHAUVARNY MC., 2008, *Cadre de santé, une crise identitaire*,

FUBLET D., 2004, *Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative*, Revue connexion, n°82.

HABERG – KNUESSI V., HEEB JL., 2014, *Le vécu des cadres hospitaliers*, Revue Krankenpflege, Soins infirmiers

JOUVENOT C., PIERRE C., 2008, *La reconnaissance au travail*, Travail et changement, n°317

LHUIILLER D., 2005, Revue travailler

PESSSEL M., 2016, *Cadre aujourd'hui, une perpétuelle adaptation*, Revue Objectifs Soins n°248

ULMANN AL., *De l'immersion à la construction des données, une démarche de type ethnographique pour comprendre le travail*. MCF Cnam / CRTD EA 4131

Textes réglementaires

Loi n° 2009 – 879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2016 – 41 du 26 Juillet 2016 de modernisation de notre système de santé

Décret n° 2002 – 550 du 19 Avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière

Ordonnance n° 2005 – 406 du 2 Mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

Décret n° 2010 - 656 du 11 Juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico technique dans les établissements publics de santé

Décret n°58 – 1104 du 14 Novembre 1958 création de certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmiers (ères), moniteurs (monitrice) et infirmier (e) surveillant (e)

Loi n°2002 – 303 du 4 Mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Rapports, Etudes

BRUN JP., DUGAS N., 2002, *La reconnaissance au travail : une pratique riche de sens*. Document de sensibilisation. Centre d'expertise en gestion RH. Secrétariat du Conseil du Trésor. Québec

DE SINGLY C., 2009, *Rapport de mission des cadres hospitaliers*, Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

ESTRYN – BEHAR M., 2004, Etude PRESST – NEXT, partie 1

Etude Bien-être au travail auprès des salariés français, 2014

GOLLAC M., 2010, *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, Ministère du travail

KHIREDDINE I et al, 2015, *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012*, à partir du programme MCP, Bull Epidémiol, Hebdo

Sites internet

www.carnetsdesante.fr

www.has.fr

www.travail-emploi.gouv.fr

www.social-sante.gouv.fr

www.institut-think.com

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien Directeur des Soins / D.R.H / D.G

Annexe 2 : Grille d'entretien cadre supérieur de santé et cadre de santé

Annexe 1 : Grille d'entretien Directeur des Soins / D.R.H / D.G

Grille d'entretien semi-directif Directeur des Soins / D.R.H / D.G

Thème	Objectifs	Indicateurs	Questions
Introduction	Connaître le profil du DS / DRH / DG	Age Expériences professionnelles	40/ 50 50/55 Votre parcours professionnel brièvement? Votre expérience sur le poste ?
Définition		Sens / Enjeux	Pour vous, qu'est-ce que l'épuisement professionnel ou burn out ?
L'impact sur l'encadrement	Connaître la stratégie managériale de l'établissement Niveau de connaissance de l'équipe de direction du vécu des cadres	Nombre de situations difficiles rencontrées Management par projet Réforme / Réorganisation en cours / GHT Projet social Projet de management	Que représente, pour vous aujourd'hui, la fonction d'encadrement ? Pensez-vous que le travail du cadre à changer ? Si oui, en quoi ? Que diriez-vous de la fonction d'encadrement aujourd'hui ? Selon vous comment les cadres vivent-ils leurs fonctions d'encadrement ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis des cadres ?
Proposition d'actions / Axes d'amélioration	Identifier des pistes d'amélioration pour prévenir l'épuisement professionnel Apprécier la marge de manœuvre de l'équipe de direction	Faisant Fonction Collectif cadres Formation continue Partenariat DS / DRH Mobilité des cadres	Quels sont, selon vous les outils à mettre en place pour prévenir l'épuisement professionnel des cadres ? Qu'est-ce que pour vous un management participatif ?

Annexe 2 : Grille d'entretien cadre supérieur de santé et cadre de santé

Grille d'entretien semi directif cadre supérieur de santé et cadre de santé

Thème	Objectifs	Indicateurs	Questions
Introduction	Connaître le profil du CSS / CDS	Age Ancienneté Expériences dans la fonction	Quel est votre parcours professionnel ? Avez-vous exercé en tant que CSS et CDS dans différentes unités ?
Définition	Mesurer l'impact des modifications du travail des cadres	Réformes (pôle, GHT...) Projet de restructuration Augmentation de l'activité Mise en place des parcours Baisse DMS / Ambulatoire	Pour vous qu'est-ce que l'épuisement professionnel ou burn out ? Pensez-vous que votre travail s'est modifié ? Si oui en quoi ? Avez-vous été confronté à des situations difficiles ? Quelle en était la nature ? Que diriez-vous de la fonction d'encadrement aujourd'hui ? Selon vous, le DS a-t-il connaissance de vos difficultés ? et la direction dans son ensemble ?
Management institutionnel	Mesurer le niveau de connaissance de l'encadrement de la stratégie managériale de l'institution	Nombre de réunions d'encadrement : nature (infos descendantes, échanges...= libre Projet de soins Projet social Projet de management Lien DS/ DRH	Pouvez-vous me décrire le style de management que vous mettez en place avec vos équipes ? Quelles sont vos attentes vis-à-vis du DS ? Selon vous comment le DS peut-il vous aider dans vos activités ? Comment qualifieriez-vous le management institutionnel ? Pouvez-vous me dire quel style de management vous appréciez le plus chez votre N+1 / N+2 ? Qu'est-ce que pour vous le management participatif ? Pouvez-vous le décrire ?
Propositions d'actions / Axes d'amélioration	Identifier des outils, des actions	Mobilité Formation Information Participation Collectif	Selon vous quelles seraient les actions à mettre en place pour prévenir l'épuisement professionnel ? Comment le DS pourrait-il être facilitant dans la mise en oeuvre de ces propositions ?

SILLY

Fabienne

Décembre 2017

FILIÈRE Directeur des Soins

Promotion 2017

L'épuisement professionnel des cadres de santé : un enjeu pour le Directeur des soins

Résumé :

L'institution hospitalière est en perpétuel changement. Les réformes successives : T2A, organisation polaire, Loi HPST, Loi de modernisation de notre système de santé, impactent les modes de prise en charge et de management.

Les cadres de santé voient leurs activités de travail se modifier. Les défis à relever sont de plus en plus nombreux : gestion de l'absentéisme, relation avec les patients et leur famille, réorganisations de services, pratiques innovantes, déploiement de la stratégie institutionnelle...

Acteurs essentiels au sein de l'organisation, les cadres de proximité, face aux difficultés présentes, sont parfois démunis, en perte de repère, l'épuisement professionnel peut alors survenir.

Devant ce constat, le Directeur des Soins, par la mise en place d'une stratégie, doit prévenir ce risque. Les actions mises en place permettront une lisibilité, une reconnaissance du travail effectué par l'encadrement et le développement de la qualité de vie au travail.

L'étude de terrain s'est effectuée dans deux centres hospitaliers de taille moyenne. Les acteurs rencontrés sont des : cadres de santé, cadres supérieurs, directeur d'établissement, directeur des ressources humaines et directeurs des soins. L'entretien semi directif a été utilisé lors de l'étude. Les résultats montrent l'impact des réformes hospitalières sur l'encadrement de proximité et le risque potentiel de survenu de l'épuisement professionnel.

En collaboration avec les acteurs institutionnels et impulsées par le Directeur des Soins, les préconisations proposées visent à prévenir cet enjeu majeur.

Mots clés :

Epuisement professionnel - Burn out, Cadre de santé - Directeur des Soins - Réformes hospitalières - Qualité de Vie au Travail – Reconnaissance.

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.