



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2013**

Date du Jury : **Décembre 2013**

**Prévenir l'épuisement
professionnel des cadres de santé**

Ellen Hervé

Remerciements

Ce travail a pû se réaliser grâce à l'ensemble des personnes sollicitées pour cette étude dans les deux établissements enquêtés. Je salue la grande disponibilité des cadres de santé rencontrés et leur suis reconnaissante de m'avoir fait confiance par le partage de leurs expériences parfois difficiles.

Mes remerciements s'adressent aussi à mes deux tuteurs de stage, Jean-René Ledoyen, les cadres supérieurs et directeurs de soins expérimentés ou en devenir qui m'ont accordé du temps et mes collègues de promotion qui m'ont aidée à « *faire rentrer le métier* ».

Enfin, toute ma gratitude à ma famille et amis fidèles qui m'ont accompagnée par leur présence, leur soutien ou leur souvenir pendant cette année d'apprentissages professionnels et personnels.

Je dédie ce mémoire à mes enfants Maxime et Mathilde.

Sommaire

Introduction.....	1
1 L'EVOLUTION DU METIER DE CADRE DE SANTE ET SON IMPACT SUR LA FONCTION MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS.....	5
1.1 L'évolution des conditions d'exercice du métier de cadres de santé dans le contexte des mutations des établissements de santé et de la démographie professionnelle.....	5
1.2 Résultats d'études sur le stress des cadres de santé.....	7
1.3 Le management de l'encadrement paramédical, une fonction stratégique du directeur des soins.....	8
2 LES NOTIONS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX, EPUISEMENT PROFESSIONNEL, BIEN-ETRE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	9
2.1 Les risques psychosociaux, une priorité politique et une notion aux contours flous	9
2.2 Le travail « bien fait » face au débat sur le risques psychosociaux.....	11
2.3 Le syndrome d'épuisement professionnel (SEP).....	11
2.4 Le bien-être et qualité de vie au travail, une approche positive.....	12
2.4.1 Le bien-être au travail.....	12
2.4.2 La qualité de vie au travail et la santé au travail à l'hôpital, une priorité politique et responsabilité des directions d'établissements.....	13
3 LES CADRES DE SANTE FACE AU RISQUE D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL.....	14
3.1 Méthodologie d'observation.....	14
3.1.1 Population observée et lieux d'enquête.....	14
3.1.2 Les outils d'enquête.....	15
3.2 La réalité contrastée du phénomène au travers des positions des acteurs enquêtés.....	18
3.2.1 Les résultats du questionnaire MBI auprès des cadres de santé.....	18

3.3	Les représentations des différents acteurs sur le risque d'épuisement professionnel des cadres de santé dans les services hospitaliers	21
3.3.1	Le phénomène d'épuisement professionnel chez les cadres de santé.....	21
3.3.2	Les propositions de moyens de prévention de l'épuisement professionnel des cadres de santé par les acteurs concernés	32
3.3.3	Synthèse des causes et propositions d'actions de prévention du point de vue des acteurs enquêtés.....	48
4	METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF FAVORISANT LA QUALITE ET LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE.....	49
4.1	Proposition 1 : Un projet managérial inscrit dans une politique institutionnelle et articulé avec le dispositif de prévention des RPS	49
4.2	Proposition 2 : Accompagner le Développement Professionnel Continu des Cadres de Santé	51
4.2.1	La formation initiale des cadres de santé adaptée à la réalité de l'exercice	51
4.2.2	Bâtir un parcours professionnalisant des cadres de santé	52
4.2.3	La mise en débat du travail, une source d'apprentissages.....	52
4.3	Proposition 3 : Développer l'accompagnement des cadres de santé	53
	Conclusion.....	56
	Bibliographie	61
	Liste des annexes	I

Ps : mettre à jour via la touche F9

Liste des sigles utilisés

CGS : Coordonnateur Général des Soins
CHa : Centre Hospitalier a (province)
CHb : Centre Hospitalier b (Ile de France)
CHU : Centre Hospitalier universitaire
CHSCT : Comité d'Hygiène et Sécurité des Conditions de Travail
CLACT : Contrats Locaux d'Aménagement des Conditions de Travail
CME : Commission médicale d'établissement
CNAM : Conservatoire National des Arts et Métiers
CS : Cadre de santé
CSP : Cadre supérieur de santé
DG : Directeur Général
D.H.O.S : Direction Générale de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
D.G.O.S : Direction Générale de l'Offre de Soins (2010)
DRH : Directeur des ressources humaines
DS : Directeur des Soins/ Direction des Soins
DU : Document Unique
EHESP : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
MIP : Module Interprofessionnel (EHESP)
PST : Plan de Santé au Travail
RPS : Risques psychosociaux
SEP : Syndrome d'épuisement professionnel
SIE : Séminaire inter écoles (EHESP)

Introduction

« Elle travaille de 7h à 23h régulièrement, son cadre supérieur ne peut plus rien lui dire, elle est en burn-out », ces propos d'un directeur des soins au sujet d'un cadre de bloc opératoire permet d'introduire la question centrale des effets de l'évolution de leur travail sur les cadres de santé. De plus le suicide d'une étudiante cadre de santé de 35 ans est un évènement qui pose la question de la part de l'individuel et de l'organisationnel dans ce drame.

Aussi, questionnées sur la réalité du phénomène en phase exploratoire du mémoire, quatre collègues élèves directeur des soins, estiment que cette situation est réelle et qu'elle se manifeste par des comportements alarmants des cadres de proximité de leurs pôles, par exemple : Un cadre de santé de bloc opératoire a fait un malaise cardiaque en quittant son poste, cet incident serait en lien avec le trop plein de charge de travail et à la réponse à de multiples sollicitations dans un contexte de solitude à gérer au quotidien les problèmes et une impression de « tout prendre de plein fouet ». Pour un autre cadre de santé, l'incapacité à gérer l'absentéisme se manifeste par des pleurs et un aveu d'impuissance devant son équipe. Aussi, d'autres exemples de conséquences physiques et psychologiques sont évoqués : une tentative de suicide pour un cadre et pour un autre cadre « surmené » un accident vasculaire cérébral sur son lieu de travail. Ces situations font écho également avec l'actualité sur le sujet, notamment le suicide d'un cadre d'un établissement parisien pour lequel la responsabilité de la direction d'établissement a été soulevée.

Dans un contexte de forte médiatisation et d'imprégnation des discours politiques par la question des risques psychosociaux, il paraît maintenant nécessaire de s'interroger sur ce que cette approche implique et en quoi elle peut-être réductrice des risques visés. Ainsi, des approches connexes telles que celle de la qualité de vie au travail et du bien-être au travail semblent positiver une démarche qui pourrait le cas échéant se réduire à une approche gestionnaire des conséquences sur les cadres de santé des mutations du contenu et du contexte de leur travail.

L'actualité de la profession de cadre de santé est impactée par un nouveau référentiel de compétences qui traduit l'évolution de leurs missions dans le contexte de la nouvelle gouvernance induisant des changements à l'hôpital, notamment une recherche d'efficacité. Il convient donc pour le directeur des soins d'anticiper les conditions permettant aux compétences des cadres de santé de se révéler dans une finalité qui est

la qualité de vie à l'hôpital des patients, cette dernière supposant une qualité de vie au travail des équipes qu'ils accompagnent et dont ils font partie.

L'obligation des directions d'établissement est précisée depuis 1991 par l'obligation des chefs d'établissement de sécurité vis-à-vis de leurs salariés. Concernant la responsabilité du directeur des soins (DS), les articles 4 et 5 du décret du 29/09/2010 portant statut particulier des Directeurs des Soins de la Fonction Publique Hospitalière précisent que le DS « participe à la conception, l'organisation et l'évolution des structures et des activités de soins » et « contribue dans le champs de sa compétence à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement. Dans ce sens, la parution récente du guide de la HAS sur le déploiement de la Bienveillance en établissements de santé et en EPHAD rappelle le lien entre la qualité des soins et la qualité du management des équipes.

La réflexion et les propositions qui seront développées ici font suite aux travaux menés par des élèves directeurs des soins sur le stress professionnel des cadres de santé et sur la bienveillance managériale. Elle a été enrichie par les enseignements proposés par l'EHESP pendant le cursus de formation des directeurs de soins : le séminaire inter-école sur les risques psychosociaux et le module interprofessionnel sur le bien-être au travail dans les hôpitaux publics. Ces approches nous amène à poser la question : « Comment le directeur des soins peut-il contribuer à la réduction des facteurs organisationnels peuvent majorer le risque d'épuisement professionnel des cadres de santé à l'hôpital ? ».

Ainsi, différents questionnements vont guider notre étude qui concerne les cadres de santé de première ligne dans les services hospitaliers:

- Le risque d'épuisement professionnel des cadres de santé est-il une réalité ?
- Quelles en sont les causes identifiables ?
- Comment le directeur des soins peut-il dans une approche interdisciplinaire se saisir de certains leviers afin de réduire la part organisationnelle de l'épuisement professionnel des cadres de santé ?

Dans cette étude, dans un premier temps, l'évolution de métier de cadre de santé et son impact sur la fonction managériale du Directeur des Soins sera présentée(1). Puis, le lien entre les risques psychosociaux et l'épuisement professionnel sera mis en évidence (2). Ce qui nous amènera à étudier cette question auprès d'une population de cadres de santé hospitaliers et d'autres acteurs institutionnels (3) afin d'identifier des actions relevant de la compétence du directeur des soins afin de développer permettant de développer le bien-être au travail des cadres de santé sur un axe organisationnel (4).

1 L'EVOLUTION DU METIER DE CADRE DE SANTE ET SON IMPACT SUR LA FONCTION MANAGERIALE DU DIRECTEUR DES SOINS

1.1 L'évolution des conditions d'exercice du métier de cadres de santé dans le contexte des mutations des établissements de santé et de la démographie professionnelle

Paule Bourret explique : « Les cadres de santé de proximité ont la particularité d'être des encadrants eux-mêmes encadrés. Leur travail consiste à manager, encadrer le travail des autres...ils mettent la main à la pâte...Le cadre se trouve face à un paroxysme de l'indétermination »¹. Les cadres de santé, plus particulièrement au niveau intermédiaire des organisations de soins, c'est-à-dire au plus proche du niveau opérationnel, sont dans une position particulière au sein des organigrammes entre leur hiérarchie, les équipes soignantes, les équipes médicales et les autres acteurs hospitaliers.

Le contexte des restructurations organisationnelles des établissements de santé, particulièrement depuis la nouvelle gouvernance place les cadres en première ligne. Ils sont « de véritables pivots des organisations ...au centre de tous les enjeux et maîtres d'œuvres associés aux changements, c'est d'eux dont dépend la performance quotidienne »².

Aussi, Chantal de Singly précise que « le cadre hospitalier ressent aujourd'hui plus qu'hier des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle »³. De même, Céline Mounier et Michel Yahiel évoquent l'évolution du rôle des cadres de santé, devenu « plus écrasant, protéiforme avec un contenu croissant d'activités invisibles » depuis quelques années⁴. Par ailleurs, une pénurie de cadres de santé est annoncée pour 2015 et les IFCS observent une baisse de demandes d'admission.

¹ Paule BOURRET « Les cadres de santé à l'hôpital : Le travail de lien invisible », SELI ARSLAN, Paris 2006,p

² Danielle TOUPILLIER, Michel YAHIEL « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé » Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, janvier 2011

³ Chantal de SINGLY « Rapport de la mission des cadres hospitaliers », Ministère de la Santé et des Sports, septembre 2009

⁴ Céline MOUNIER, Michel YAHIEL « Quelle formation pour les cadres de santé », Inspection Générale des Affaires de Santé, novembre 2010

La DHOS⁵ annonçait, dans son étude prospective sur les métiers de la Fonction Publique Hospitalière en 2008, des départs massifs de cadres alors que les besoins évoluent fortement vers des compétences plus expertes avec une montée générale du niveau de qualifications. Pour le seul renouvellement des départs à la retraite (plus de 80% des effectifs), le flux d'entrée dans la fonction devra correspondre à près de 1.700 cadres de santé par an en moyenne sur la période.

Les départs "naturels" et volontaires de la Fonction Publique Hospitalière(FPH) avant la retraite, sont à considérer aussi : on doit certainement anticiper 2.000 à 2.500 cadres à former par an. Le nombre de cadres de santé de pôle est de l'ordre de 3.000 à 4.000 pour un effectif actuel global d'environ 5.000 cadres supérieurs de santé. Les départs à la retraite étant quasiment de 90%, il s'agira de former quelques 500 cadres supérieurs de santé (de pôle) par an. A cette situation, s'ajoutent les départs à la retraite des médecins et des équipes paramédicales.

Une autre explication possible du risque d'épuisement professionnel est proposée par Paule Bourret : Les cadres se plaignent parfois d'être isolés, de ne pas pouvoir faire « remonter les difficultés du terrain »⁶, dans d'autres cas ce sont les équipes qui ont un sentiment d'un profond décalage entre ce qu'elles vivent et les propos officiels de ceux qui la dirigent. C'est la raison pour laquelle il n'est pas aisé de rendre acceptables et audible l'expression ou les difficultés dans certaines situations par des experts, des directeurs, des décideurs politiques, ou des cadres supérieurs. Aussi, les réalités du travail peuvent se traduire par l'expression d'une indignation qui en retour peut générer un discours normatif et évaluatif de leur hiérarchie tel que « j'attends autre chose d'un cadre »⁷

⁵ Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins devenue en 2010 la Direction Générale de l'Offre de Soins

⁶ Paule BOURRET « Les cadres de santé à l'hôpital : Le travail de lien invisible », SELI ARSLAN, Paris 2006,

⁷ Op cit.

1.2 Résultats d'études sur le stress des cadres de santé

Dans le contexte des changements démultipliés à l'hôpital, le stress voire l'épuisement professionnel touche les cadres de santé, comme le montrent notamment les deux enquêtes suivantes :

La première enquête a été réalisée en 1998 par le laboratoire de psychologie du travail du Conservatoire national des arts et métiers suite au suicide, en 1997, d'un cadre supérieur de santé sur son lieu de travail. Après ce drame, le Comité d'Hygiène et de sécurité des conditions de travail (CHSCT) central de l'AP-HP a demandé au laboratoire du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) de réaliser une étude psychodynamique du travail auprès des cadres. Les résultats ont montré que les relations entre les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé étaient complexes, les premiers reprochant aux seconds de ne pas suffisamment les soutenir. Cette enquête a par ailleurs révélé la préoccupation des cadres concernant le manque de moyens et la pénurie en personnel. Les glissements de fonctions ont également été observés, les cadres de santé étant amenés à prendre des responsabilités démesurées.

La seconde étude (2004 et 2006) est l'enquête Presst-Next (Promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail – Nurses'Early Exit Study) qui a été menée dans dix pays européens sur la vie au travail de toutes les catégories professionnelles soignantes. Concernant les cadres de santé, bien que les cadres de proximité étaient fiers de leur métier à 89,5 % et deux tiers estimaient être autonomes dans leur travail et prenaient des initiatives ; néanmoins plus de la moitié n'étaient pas satisfaits de l'utilisation de leurs compétences. Dans cette enquête, plusieurs difficultés ont été évoquées dans l'exercice de la fonction : notamment le positionnement hiérarchique des cadres de proximité. Ces derniers étaient obligés d'appliquer sur le terrain les orientations stratégiques venant de leur hiérarchie mais ils en réalisaient vite la nature contradictoire. Aussi, le manque de reconnaissance venant de leur hiérarchie a également été pointé : leurs relations avec leur cadre supérieur de santé étaient ainsi qualifiées de moyennes à 47 % et hostiles pour 22 % des cadres de proximité enquêtés. Il est à noter que plus de la moitié d'entre eux étaient insatisfaits voire très insatisfaits du soutien psychologique au travail. Les cadres de santé interrogés ont également souligné que le travail administratif avait augmenté et 56,7 % et regrettaient de ne pas être suffisamment disponibles et à l'écoute du personnel. Aussi, le retentissement de ces difficultés sur l'état de santé des cadres de proximité a été observé. La fatigue était un symptôme retrouvé chez presque la moitié d'entre eux. L'enquête a aussi révélé que les

cadres de santé étaient stressés et que leurs insomnies étaient le corollaire d'un stress excessif.

1.3 Le management de l'encadrement paramédical, une fonction stratégique du directeur des soins

La loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires », introduisait des changements majeurs dans le système de soins parmi lesquels le renforcement des missions du directeur des soins au niveau stratégique. Depuis, La mise en œuvre des propositions contenues dans le pacte de confiance à l'hôpital constitue une opportunité à saisir pour les équipes de direction des établissements de santé. Ainsi, le directeur des soins est un des acteurs stratégiques concerné par la mise en œuvre des recommandations permettant d'adapter au service public la gouvernance, le management, le dialogue social et les ressources humaines.

Comme le souligne Edouard Bourdon ⁸, la fonction stratégique du directeur des soins s'est recentrée sur les collaborations polaires et les coopérations médicales avec la loi HPST. Ses compétences reconnues dans la méthodologie de projets profitent désormais aux pôles et à l'institution pour bâtir les différentes étapes du processus de restructuration en coopérant avec les différentes directions fonctionnelles (DRH, travaux, logistiques...). Ainsi, le management par projets constitue un levier possible de motivation des cadres de santé et des équipes soignantes. Dans l'environnement sanitaire, social et médico-économique à complexité croissante, le directeur des soins va ordonnancer les sollicitations de l'encadrement. Ce qui implique que l'information des professionnels sur les intentions de la direction générale et des équipes médicales doit être organisée avec son intervention pour donner de la cohérence aux projets de prise en charge du patient.

C'est aussi par sa personnalité et son approche de management par projet, par exemple le projet de soins, que le directeur des soins peut impulser une dynamique au sein de l'équipe de cadres. La méthodologie par laquelle le directeur des soins associe les cadres et les autres acteurs institutionnels à la construction et l'évaluation du projet de soins aura des répercussions sur le climat de collaboration dans le travail des différents acteurs du Soin. Par exemple, associer selon les thématiques les chefs de services et

⁸ Edouard BOURDON « Les directeurs des soins et la conduite du changement : parier sur l'engagement des professionnels » <http://www.fhf.fr/Actualites/Management-durable-RSE/Management/Les-directeurs-des-soins-et-la-conduite-du-changement-parier-sur-l-engagement-des-professionnels> consulté le 8/10/2013

chefs de pôles ou certains directeurs fonctionnels. De plus, l'exemplarité du DS dans son mode de management peut avoir un impact important.

Ce rôle managérial est d'autant plus crucial qu'il est un des ressorts de la politique de la qualité et de la gestion des risques tant pour les patients que pour les professionnels. A ce titre les risques psychosociaux relèvent d'une stratégie réfléchie à l'occasion d'une collaboration entre la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins dans le cadre du projet social. Ces risques concernent tous les personnels des établissements dont les cadres de santé. Il convient également de réfléchir avec la Direction Générale et la Présidence de la Commission Médicale d'Etablissement à une stratégie incluant la population médicale des établissements.

2 LES NOTIONS DE RISQUES PSYCHOSOCIAUX, EPUISEMENT PROFESSIONNEL, BIEN-ETRE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

Afin de comprendre le phénomène étudié chez les cadres de santé, il est à noter que l'épuisement professionnel est la conséquence extrême du stress professionnel lorsqu'il perdure. Ce dernier est un des indicateurs principaux des risques psychosociaux, notion floue qui fait débat et qu'il convient de définir et de remettre en débat face à la notion de qualité du travail. Aussi, le bien-être au travail se substitue progressivement aux notions plus négatives de souffrance au travail. Dans cette partie seront détaillées ces différentes notions et leur articulation.

2.1 Les risques psychosociaux, une priorité politique et une notion aux contours flous

Au moment où nous rédigeons cette étude, plusieurs organisations syndicales et représentants des employeurs publics vont signer le protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux (RPS) dans la fonction publique. Certaines organisations ne seront pas signataires évoquant un manque de "moyens concrets" donnés aux représentants des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) en matière de formation spécifique à la prévention de ces risques.

Sur le plan politique, le Plan de Santé au Travail (PST) 2010-2014 compte parmi ses objectifs celui de renforcer la prévention en direction de certains risques en particulier

les RPS, dans des secteurs et publics prioritaires. Aussi, une incitation importante à prévenir les RPS a été concrétisée par la mise en œuvre des Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACT) permettant le financement d'actions par des appels à projets par l'ARS sur : le pilotage de la démarche de prévention des risques professionnels, des risques psychosociaux, des troubles musculo-squelettiques, la prévention et la prise en charge de la violence à l'hôpital, l'amélioration des rythmes de travail, la prévention des risques chimiques.

Pourtant, la notion de risques psychosociaux nécessite de différencier les notions de risque et de danger. Le danger est une source potentielle de dommage, tandis que le risque est la probabilité qu'une personne subisse un préjudice. Dans le cas des risques psychosociaux, le danger est d'être confronté à une charge de travail importante et le risque est le stress qui peut en résulter.

L'analyse des risques implique d'identifier toutes les causes pouvant entraîner des dommages. Cette analyse précède la prévention qui vise à supprimer la source de danger ou à diminuer le risque au maximum. Les étapes de l'analyse des risques sont : l'analyse de l'environnement, l'identification des facteurs de risques et des personnes exposées. Ceci précède à la définition de mesures de prévention et à leur mise en œuvre. Le document unique (DU), ou document unique d'évaluation des risques⁹ a été créé en 2001. Son élaboration sa mise à jour s'impose à l'employeur pour toute entreprise de plus d'un salarié. Il permet d'engager une démarche de prévention des risques professionnels et de la pérenniser.

Concernant les RPS « une part de flou définitionnel et des incertitudes de mesures qui lui sont associées demeurent »¹⁰. Pour autant, il est nécessaire d'arriver à un consensus afin de pouvoir appréhender ces risques souvent réduits à la notion de stress au travail. Selon Yves Clot ¹¹« ces risques seraient situés à l'interface entre l'individu et de sa situation de travail », ce qui explique la caractérisation psychosociale de ces risques. Le rapport de Philippe Nasse et Patrick Lageron du 12 mars 2008 expliquent la difficulté à définir ce phénomène liée à : «la grande variété des thèmes mis sous ce vocable [...] est source d'une grande confusion ». Les RPS ont donc une dimension multifactorielle intégrant les éléments de la vie privée et les comportements sociaux, ce qui les rend

⁹ le décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail Le décret a transposé la directive européenne sur la prévention des risques professionnels.

¹⁰ Viviane KOVÉSS-MASFETY « La santé mentale l'affaire de tous, pour une approche cohérente de la qualité de vie » Rapport coordonné par Marine Boisson, Clélia Godot et Sarah Sauneron, Centre d'Analyse Stratégique, novembre 2009, p.61

¹¹ Yves CLOT « Le travail à cœur », éditions La découverte, 2010, p.104

difficiles à identifier. Ainsi il est nécessaire de s'interroger dans quelle mesure un trouble psychosocial est causé par le travail, et la réponse est délicate.

2.2 Le travail « bien fait » face au débat sur le risques psychosociaux

Selon Yves CLOT, l'approche hygiéniste consistant à une approche gestionnaire et épidémiologique des RPS est à mettre en débat. Il propose de se questionner sur les effets de la qualité empêchée au travail. Ainsi s'attacher à définir collectivement la qualité du travail et à en débattre serait une des voies permettant de réduire le stress au travail et donc le risque d'épuisement. La reconnaissance au travail serait préventive d'un stress d'inadaptation, elle viendrait du travailleur vis-à-vis de lui-même qui se reconnaît dans ce qu'il fait. La qualité empêchée serait par contre vecteur d'une possible accumulation d'insatisfactions et donc de non reconnaissance. De ce fait un risque de stress cumulé et donc d'épuisement serait favorisé. Dans cette étude, nous sommes guidés par l'approche d'Yves Clot qui consiste à saisir les déterminants organisationnels contribuant au risque d'épuisement des cadres de santé, pour « en finir avec les risques psychosociaux ». Tout en respectant le cadre réglementaire concernant l'enregistrement des RPS dans le DU, en tant que Directeur des Soins, il nous semble important de renforcer le débat collectif autour du travail et cette parole donnée aux cadres entre autres professionnels est un levier de diminution des pressions menant à l'épuisement lorsqu'elles ne peuvent-être exprimées et allégées.

2.3 Le syndrome d'épuisement professionnel (SEP)

Selon Herbert J Freudenberger (1974) « L'épuisement professionnel est un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué ». C'est la conséquence ultime du stress professionnel non maîtrisé. L'épuisement professionnel se distingue de l'insatisfaction au travail qui est l'absence de plaisir émotionnel au travail. Cette insatisfaction résulte de l'évaluation que la personne fait de son propre travail.

Les années 1975 à 1980 ont vu paraître quantité d'articles et quelques études de cas cliniques d'épuisement professionnel. Ces différents écrits montrent que certaines professions sont plus exposées au risque de SEP, notamment celles où les personnes sont :

- Très sollicitées mentalement, émotionnellement et affectivement
- Chargées de fortes responsabilités en particulier vis-à-vis d'autres personnes

- A la recherche d'atteindre des objectifs très ambitieux voire impossibles
- Face à un fort déséquilibre entre les tâches à accomplir et les moyens mobilisés
- Vivant une ambiguïté ou un conflit de rôles

Les personnes les plus exposées auraient les caractéristiques psychologiques suivantes :

- des idéaux de performance et de réussite
- un lien fort entre l'estime de soi et leurs performances professionnelles
- leur travail comme unique centre d'intérêt
- Un refuge dans leur travail et une fuite des autres aspects de leur vie

Les différents symptômes rencontrés dans le burnout sont :

- les douleurs généralisées
- le manque d'attention
- l'insomnie,
- l'irritabilité,
- l'impatience,
- l'épuisement physique et psychologique,
- le manque de motivation pour se lever et aller travailler.

Selon Pierre Canouï et Aline Mauranges¹², il est difficile d'évaluer qualitativement ce syndrome. La psychologue américaine Christina Maslach a développé dans les années 1970 un outil de mesure le « Maslach Burn Out Inventory ». Il permet d'isoler les caractéristiques fondamentales du syndrome d'épuisement professionnel, autour de trois critères détaillés en 22 items :

- L'épuisement émotionnel (9 items)
- La déshumanisation de la relation à l'autre (5 items)
- La perte du sens de l'accomplissement de soi au travail (8 items)

2.4 Le bien-être et qualité de vie au travail, une approche positive

2.4.1 Le bien-être au travail

La santé n'est pas l'absence de stress ou de maladie : c'est « un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », selon la définition donnée par l'organisation mondiale de la santé. Martin Seligman Directeur du Centre de Psychologie Positive à l'Université de Pennsylvanie explique : « nous connaissons peu ce qui donne de la valeur à la vie et ceci vient du fait que, depuis la Seconde Guerre mondiale, les recherches se concentrent sur

¹² Pierre CANOUI, Aline MAURANGES « Le burn out à l'hôpital », éditions Elsevier-Masson 2008 , p 51
Ellen Hervé - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2013

la réparation des dommages au sein d'un modèle du fonctionnement humain, celui-ci axé sur la maladie »¹³. Il évoque ainsi la tendance des chercheurs à focaliser leur attention sur les pathologies, sans s'intéresser à l'individu et aux groupes épanouis. Dans cette optique, la santé au travail signifie le bien-être au travail. S'attacher à créer des conditions permettant ce bien-être est une approche positive de la question des risques psychosociaux dont l'épuisement professionnel est une manifestation extrême pouvant conduire au suicide.

Selon Dagenais-Desmarais¹⁴ (2010), trois modèles tentent de conceptualiser le bien-être psychologique au travail :

- Un modèle heuristique de la santé organisationnelle qui conçoit que le bien-être psychologique au travail est un amalgame de moral, de détresse et de satisfaction au travail
- Un courant qui conceptualise le bien-être psychologique au travail en termes affectifs : anxiété-confort, dépression-plaisir, ennui-enthousiasme, fatigue-vigueur, colère-placidité.
- Une autre approche décrit le bien-être au travail comme étant une notion incluant à la fois les symptômes médicaux physiques et psychologiques au travail, les expériences de vie générales (bonheur, satisfaction dans la vie,...) et les expériences reliées au travail (satisfaction et attachement au travail,...).

Aussi, il est important de différencier les notions de bien-être de la personne au travail et la notion de bien-être du travailleur au travail. Le bien-être de la personne au travail implique l'hygiène, la sécurité, la santé, l'embellissement des lieux de travail par exemple. Différemment, le bien-être du travailleur au travail implique la prise en compte de la spécificité de la tâche¹⁵

2.4.2 La qualité de vie au travail et la santé au travail à l'hôpital, une priorité politique et responsabilité des directions d'établissements.

L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) a publié en juin 2012 la définition élaborée par les partenaires sociaux « la notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés

¹³ M. Seligman, T.A. Steen, N. Park, C. Peterson (2005), Positive psychology progress. Empirical validation of interventions, *American Psychologist*, 60 (5), 410-421

¹⁴ V. Dagenais-Desmarais, Du bien-être psychologique au travail, Fondements théoriques, conceptualisation et instrumentation du construit, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures et postdoctorales, Département de psychologie, Faculté des arts et des sciences

¹⁵ N.Robert (2007), Bien-être au travail : une approche centrée sur la cohérence des rôles, INRS Département Homme au Travail, Laboratoire Gestion de la Sécurité, p.7

mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise. Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu individuellement et collectivement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication et de responsabilisation ».

La Haute Autorité en Santé (HAS) identifie la qualité de vie au travail comme une priorité dans le développement de la certification des établissements de santé et a consacré un séminaire sur ce thème en 2010. Ainsi des facteurs impactant la qualité de vie au travail ont été mis en évidence : la persistance des contraintes physiques, l'intensification du travail, la qualité du travail, les mutations du travail dans les établissements de santé, les contraintes psychologiques et organisationnelles chez les soignants qu'il convient d'évaluer, la satisfaction au travail, la démarche participative, l'attractivité de certains établissements, les approches managériales et les ressorts organisationnels. Dans le cadre de la certification V2014, les établissements de santé seront amenés à présenter leur démarche qualité sur différents processus, l'axe santé et qualité de vie au travail s'intègre dans ces derniers.

3 LES CADRES DE SANTE FACE AU RISQUE D'EPUISEMENT PROFESSIONNEL

3.1 Méthodologie d'observation

Afin d'étudier la réalité du risque d'épuisement professionnel et les conditions propices à la qualité de vie et bien-être au travail des cadres de santé, plusieurs outils d'enquête sont utilisés dans un objectif de complémentarité entre l'approche quantitative et qualitative. L'approche quantitative reste modérée avec un échantillon de 28 cadres sur les 34 enquêtés, l'approche qualitative consiste en des entretiens avec des cadres de santé et différentes catégories d'acteurs significatifs. Une étude de cas qui a pour objectif d'approfondir le questionnement et les pistes de réponses possibles.

3.1.1 Population observée et lieux d'enquête

Notre observation a été menée en priorité auprès d'une population de cadres de santé de proximité d'un centre hospitalier MCO de province que nous appellerons CHa et d'un centre hospitalier de taille équivalente de d'activité analogue d'un groupe hospitalier francilien que nous appellerons CHb, ces établissements comptent entre 400 et 600 lits et entre 60 et 120 places, ils sont classés par la HAS comme grands Centres Hospitaliers.

Le CHa comporte 6 pôles et le second intègre des services des 15 pôles du groupement hospitalier. L'effectif de cadres de santé est de 34 dans le CHa et le double dans le second. Des grilles d'évaluation de l'épuisement professionnel ont été complétées par 28 cadres du CH de province. Des entretiens semi-directifs ont été menés dans le cadre du Module Interprofessionnel (MIP) « Bien-être » au travail, dans les établissements de santé précités, et auprès d'IFSI et IFCS. Les personnes interviewées sont :

11 cadres de santé volontaires des deux établissements dont 9 dans le CHa et 2 dans le CHb

6 cadres supérieurs de santé (CHa)

5 coordonnateurs généraux des soins (CHa et CHb) dont un directeur d'IFSI et un directeur d'IFCS

2 directeurs généraux (CHa et CHb)

1 médecin président de CME de l'établissement de province également chef de pôle et chef du service de santé publique (CHa)

1 médecin vice-président de CME, chef de service de réanimation et chef de pôle de santé mentale (CHa)

1 chef de pôle

4 Directeurs des Ressources Humaines (CHa et dans le cadre du MIP)

1 formateur en IFCS

2 psychologues du travail (CHa et dans le cadre du MIP « Bien-être au travail)

3.1.2 Les outils d'enquête

A) Le questionnaire « Maslach Burn Out Inventory »(MBI) (annexe 1) a été adapté à la population des cadres de santé dans la formulation des questions avec l'aide de Mme Viviane KOVESS-MASFETY à l'occasion du Séminaire Inter-Ecole sur les risques psychosociaux. Le MBI est une échelle d'autoévaluation, établie par Maslach & Jackson (1986) sur une population de professionnels de la santé. Cet outil permet de restituer trois sous-échelles qui mesurent respectivement les trois dimensions suivantes :

- *l'épuisement professionnel* (9 items) : cette dimension « Epuisement Professionnel (EP) » traduit le sentiment pour le salarié d'être « vidé », de subir émotionnellement le travail. Ce versant traduit une fatigue ressentie à l'idée même du travail. Cet épuisement est peu ou pas amélioré par le repos. Pour l'auteur du MBI, l'épuisement serait la composante-clé du Burnout et disparaîtrait durant les vacances, ce qui le distingue d'une dépression.
- *la dépersonnalisation* (5 items) : cette dimension « Dépersonnalisation (DP) » synonyme de « perte d'empathie » caractérise la prise de distance

affective du salarié vis-à-vis des personnes dont il a la responsabilité. Il s'agit d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives, cyniques, envers les personnes dont les professionnels concernés s'occupent. La dépersonnalisation reflète donc un sentiment de déshumanisation dans le rapport aux autres et l'inhibition de toute attitude empathique (exemple : nommer le patient par son numéro de chambre).

- le *non-accomplissement personnel au travail (8 items)* : Cette dimension « Accomplissement Personnel » (AP) traduit le désengagement et la démotivation importante du salarié à l'égard du travail. Le salarié s'évalue négativement, se trouve incompetent et sans utilité pour ses interlocuteurs, diminuant ainsi l'estime qu'il a de lui-même et supportant donc difficilement les efforts à réaliser pour surmonter son épuisement. D'après les auteurs, les dimensions « EP » et « DP » constituent des dimensions significatives du Burnout.

B) Les entretiens (annexe 2)

Une première série d'entretiens croisés a été menée auprès de quatre élèves directeurs des soins à l'EHESP afin de cerner la réalité du phénomène d'épuisement des cadres, ses causes et ses répercussions sur leur travail. Une deuxième série a été réalisée auprès des cadres de santé de services, Coordonnateurs Généraux des Soins, Directeurs Généraux, Directeur des Ressources Humaines, Cadres Supérieurs de Santé de Pôles, Président de CME, chef de pôle/service, psychologue du travail, en IFSI et IFCS.

Les thèmes abordés durant les entretiens ont été : La réalité du phénomène dans les établissements de santé et ses manifestations, les risques liés au métier de cadre de santé dans les services hospitaliers, les moyens de prévenir sa survenue auprès de la population étudiée.

C/ L'étude de cas

Nous avons eu l'opportunité de mener un entretien et également de suivre un cadre de santé du CHa dans son activité quotidienne. Cette observation de la réalité du travail de ce cadre et des causes de son épuisement évoqué par lui-même s'est déroulée au cours de 4 semaines de présence à ses côtés dans le service à différents moments de sa journée de travail. A cette occasion, nous avons été amené à élaborer avec lui une fiche d'évaluation de sa propre charge de travail et de l'amener plusieurs fois à verbaliser son vécu de situations difficiles au cours de sa journée de travail. Nous ferons référence à *Ellen Hervé - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique – 2013*

cette situation en fonction des thématiques abordées dans l'exploitation des résultats d'enquête.

D/ Analyse documentaire

Elle porte sur les études relatives au stress et à l'épuisement professionnel des cadres de santé, les dispositifs institutionnels visant à développer le bien-être au travail, les études et rapports sur la profession de cadre de santé, les textes règlementaires, les travaux de recherche sur la profession de cadre de santé, et le nouveau référentiel de compétences de ces professionnels. L'analyse documentaire faite dans le cadre du Module Interprofessionnel « Bien-être au travail » a également été exploitée.

Au sein de l'établissement où le questionnaire MBI a été distribué, le profil de poste du cadre de santé (annexe 3), ainsi que le projet aboutissant à charte institutionnelle de « Mieux être au travail » ont été analysés.

Notre participation au groupe de travail ministériel permettant l'élaboration du nouveau référentiel de compétences des cadres de santé a occasionné une prise de conscience des positions diverses sur la réalité du métier de cadre de santé et ses conditions différentes d'exercice selon les domaines du Soins et de la formation ainsi que des types et tailles d'établissement ainsi que spécificités des secteurs publics et privés.

Par ailleurs, lors des journées de l'AFDS d'octobre 2013, notre participation à l'atelier « conjuguer performance, management des ressources humaines et sécurité des patients » a permis d'identifier des démarches institutionnelles autour du projet CLARTÉ¹⁶ dans le cadre de projets managériaux permettant de confirmer certaines propositions d'actions de prévention de l'épuisement professionnel des cadres de santé.

¹⁶ Le consortium CLARTE est en charge de l'expérimentation et du développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins pour les établissements hospitaliers de court séjour (Médecine Chirurgie Obstétrique) dans 2 des 6 domaines prioritaires définis par la DGOS et la HAS : le management des ressources humaines et la sécurité des patients hospitalisés. <http://www.clarte-sante.fr/accueil/qui-sommes-nous/le-projet-clarte/> consulté le 20/10/2013

3.2 La réalité contrastée du phénomène au travers des positions des acteurs enquêtés

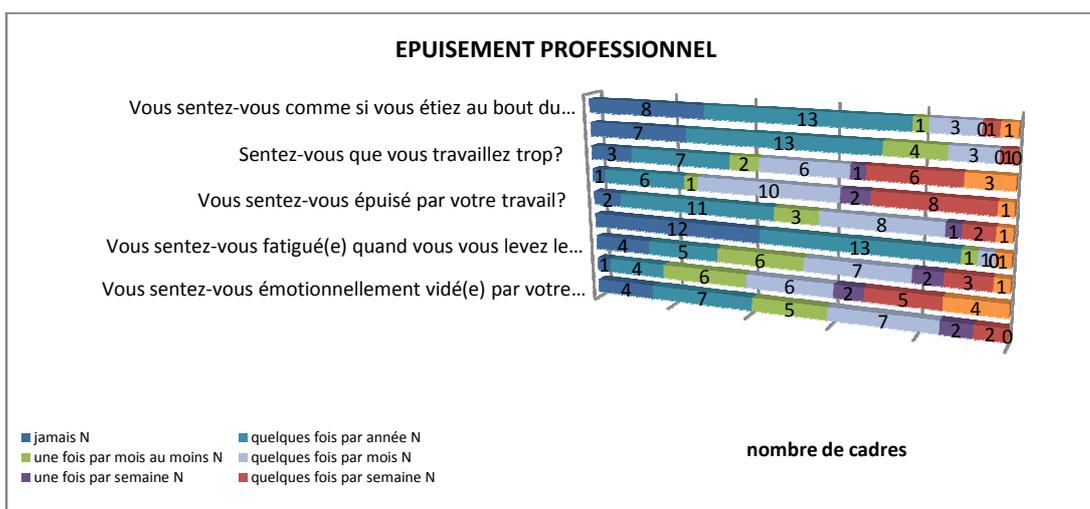
3.2.1 Les résultats du questionnaire MBI auprès des cadres de santé

28 cadres de proximité sur un échantillon de 34 cadres d'un établissement de santé MCO et santé mentale ont répondu anonymement au questionnaire. Les réponses sont très ventilées sur l'ensemble des items qui sont classés autour des trois dimensions de l'épuisement professionnel. Les caractéristiques de l'échantillon observé sont : Une moyenne d'âge de 46 ans, 4 hommes et 26 femmes (24 dans le CH de province et 2 dans le CH francilien). 19 sont titulaires du Diplôme de Cadre de Santé, 10 cadres sont en situation de faisant fonction et pour certains en phase de préparation du concours d'entrée en IFCS.

La mobilité professionnelle est effective pour l'ensemble des cadres de santé qui ont une expérience de deux postes au minimum et jusqu'à 7 postes, il est à noter que pour certains les missions s'exercent ou se sont exercées sur 2 à 3 services en même temps. Pour 20 cadres les changements de poste ont été à leur demande et pour 15 cadres les changements se sont faits soit d'un accord commun, soit pour certains sur une décision institutionnelle. Les durées d'exercices par poste varient entre 8 mois et 5 ans.

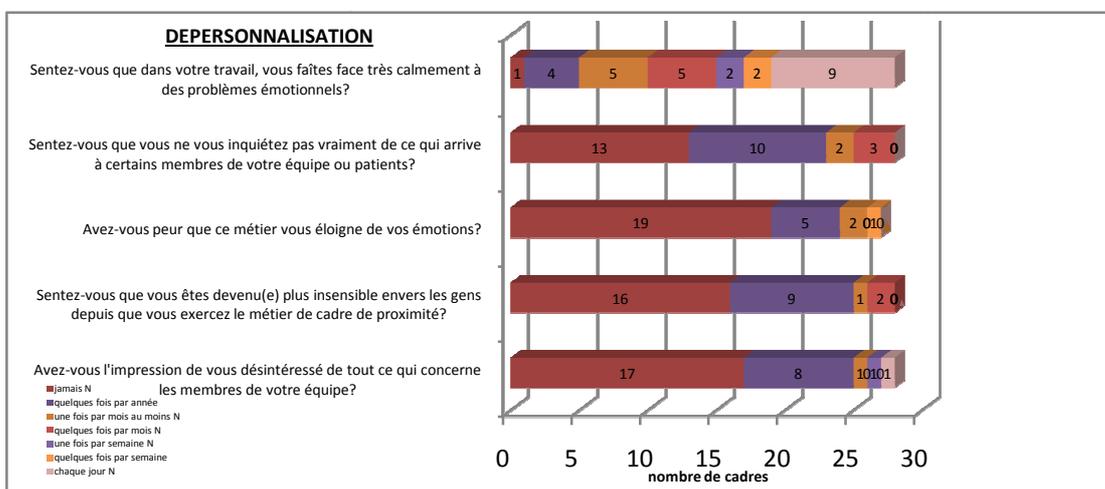
L'utilisation du questionnaire MBI nous a permis essentiellement d'établir un « baromètre du risque d'épuisement professionnel ». Cette mesure s'est faite sur un période donnée de 15 jours en mai 2013, dans un contexte donné, avant certains événements institutionnels et projets qui auraient pu changer le résultat de la mesure. Les entretiens avec les cadres se sont déroulés en octobre 2013 sur un échantillon aléatoire de 9 cadres sans identification possible de leurs résultats sur les questionnaires MBI, remplis anonymement.

Graphique 1: Réponses des cadres sur la dimension « épuisement »



La dimension « épuisement » revêt une réalité quoique modérée sur l'échantillon observé. Une attention particulière a été apportée aux réponses se situant dans les fréquences de plusieurs fois par semaine et chaque jour. Ainsi, 14 cadres semblent montrer au moment de la mesure un résultat significatif sur cette dimension. L'enquête qualitative institutionnelle visera à approfondir les représentations associées à ce ressenti.

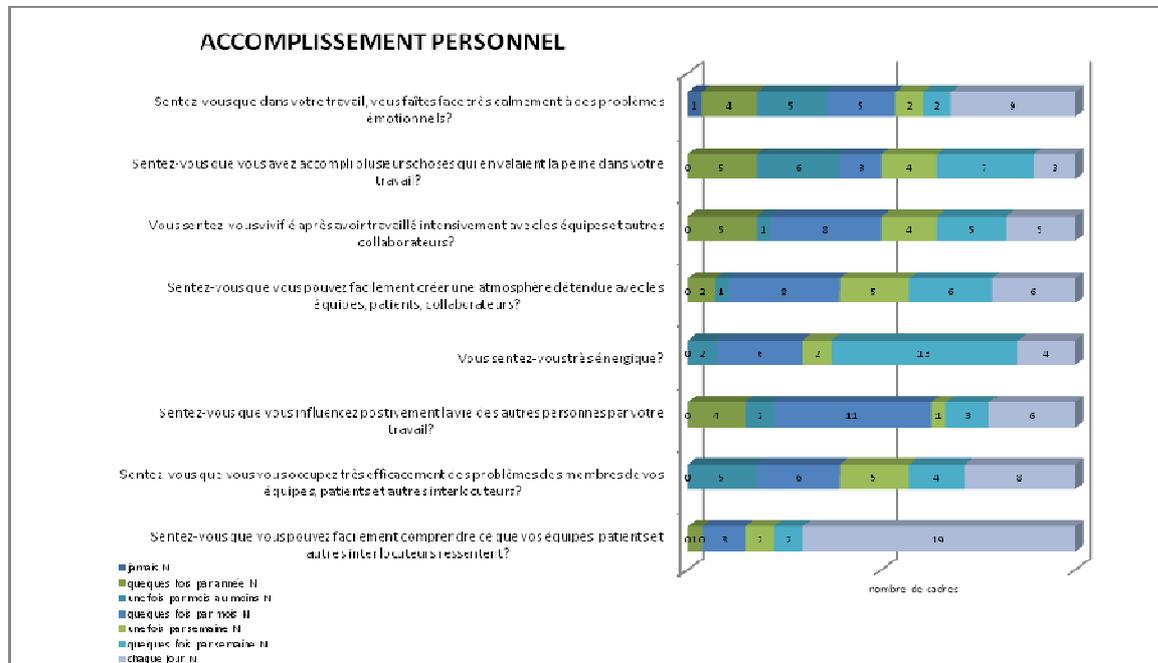
Graphique n°2 : Réponses des cadres sur la dimension « dépersonnalisation »



Dans cette dimension, une réponse évoque une situation de désintéressement quotidien, une réponse évoque une crainte d'un éloignement émotionnel, 5 réponses font référence à un possible désinvestissement et une insensibilité aux événements survenant pour les équipes. Ces réponses pourraient renvoyer à un moyen d'autoprotection de cadres se trouvant peut-être « noyés » par leur charge mentale de travail. Cet aspect sera approfondi au travers des entretiens auprès des cadres, car malgré peu de réponses sur la fréquence quotidienne de certains items liés à la

dépersonnalisation, ce type de comportement peut altérer le management des équipes et donc la qualité des soins.

Graphique 3 : Réponses des cadres sur la dimension « accomplissement personnel »



L'accomplissement personnel est effectif sur la population étudiée. En recroisant la réponse obtenue à la question « sentez-vous que dans votre travail vous faites face très calmement à des problèmes émotionnels » avec les réponses sur le rythme journalier de désintérêt, d'épuisement et de frustration des deux autres dimensions étudiées, il est possible d'inférer que peut-être au moins un des cadres de l'institution est en situation proche d'un épuisement élevé. Par ailleurs, concernant la fréquence de sentiment d'accomplissement dans toutes ses dimensions, il est également probable que cet axe pourrait être développé au sein de la population de cadres étudiée.

3.3 Les représentations des différents acteurs sur le risque d'épuisement professionnel des cadres de santé dans les services hospitaliers

Les entretiens menés permettent de dégager les points de vues convergents et divergents sur le phénomène d'épuisement professionnel chez les cadres de santé, leurs causes et moyens de prévention. Nous détaillerons ici les réponses par catégorie d'acteur interviewé sur chaque thématique.

3.3.1 Le phénomène d'épuisement professionnel chez les cadres de santé

A) Les cadres de santé

De façon générale, il ressort de l'ensemble des entretiens une impression de fatigue importante et d'insatisfaction au travail plus qu'un épuisement avéré. Pour les cadres de santé, la notion d'épuisement professionnel, est associée à plusieurs idées. Aussi, pour le cadre dont nous ferons l'étude de cas, un vécu antérieur d'épuisement et la situation professionnelle actuelle pose la question d'un risque d'épuisement croissant.

- *Effets physiques et psychiques*

Les cadres évoquent un ressenti de mal-être profond, désintérêt, fatigue physique et psychique extrême, irritabilité, trouble du sommeil, impossibilité à récupérer de la tension. Ils parlent d'une impression de « *tête sous l'eau* », disent que « *tout nous atteint* », d'être dépassés, de ne plus savoir dans quelle direction aller. Ils s'accordent sur le fait que dans cet état, leur capacité d'adaptation est amoindrie ainsi que la gestion de leurs émotions. Un cadre évoque le fait qu'il est dommageable que cet épuisement prenne source au travail qui devrait procurer de l'épanouissement. Le cadre sujet de l'étude de cas que nous nommerons Mr A dit « *On arrive avec les pieds de plomb au travail, il m'est arrivé de m'arrêter en voiture sur le bord de la route en venant au travail, l'esprit submergé par les problèmes qui m'attendaient* ». Une autre cadre épouse et mère de famille explique que le retentissement sur la vie familiale doit être la « *sonnette d'alarme* », dans sa situation, c'est ce qui l'amène à quitter l'établissement.

- *Retentissements sur le travail*

Les cadres évoquent une diminution de leur capacité d'écoute et de patience, un sentiment d'inefficacité lié à une perte de leur faculté d'organisation, de priorisation. Ils parlent d'une impossibilité de finir les tâches multiples avec une frustration croissante liée à un tiraillement entre la gestion du quotidien et des projets transversaux.

- *Des causes liées aux conflits de valeurs et contenus du travail*

Les causes de ce phénomène seraient liées à une rupture, voire une fracture entre une fonction idéalisée et la réalité avec une volonté d'assurer une mission avec des moyens insuffisants face à la lourdeur de la tâche. La perte de sens des demandes de la

hiérarchie est fréquemment citée ainsi qu'une sensation croissante d'isolement face à des problèmes pour lesquels ils disent ne pas avoir de solution en particulier pour la gestion de l'absentéisme et certains conflits interpersonnels. Le fait de se trouver en responsabilité de plusieurs services serait un facteur supplémentaire. Un cadre rappelle « *être cadre de proximité, c'est être présent sur place, au sein du service pour voir ce qui se passe, pour comprendre* ». Dans le même sens un autre cadre évoque que « *être présent plus longtemps dans son service est source de réassurance, l'éloignement étant source d'angoisse* ». Se partager entre plusieurs services leur donne souvent l'impression d'être partout et nulle part et de manquer d'équité dans le traitement des problématiques soulevées par les équipes. Cette pression ressentie serait accrue par l'absence ou le manque de référents fiables sur lesquels s'appuyer.

Les cadres de santé questionnent le paradoxe de l'autonomie qui leur est laissée dans le cadre des gardes institutionnelles et le peu de marges de manœuvre que certains ont l'impression d'avoir dans leurs services « coincés » entre les exigences des cadres supérieurs, celles du chef de service, des équipes et des patients. Un cadre nous dit « *le cadre de proximité est un terme réducteur, compte-tenu de tous les rôles que nous avons, le terme cadre de santé semble plus approprié, car nous ne sommes pas du petit personnel* ».

- *Une communication institutionnelle et interpersonnelle difficile*

Une autre source de pression importante, voire épuisante, serait celle de la communication en position d'intermédiaire entre les différents acteurs de l'hôpital. Sont évoquées les injonctions multiples voire paradoxales et la frustration face au constat qu'ils peinent à faire passer certains messages à leurs équipes. Aussi, les affrontements avec certains médecins sont une source d'épuisement accrue à cause d'une impression de manque de reconnaissance de ces derniers, voire une remise en cause de la légitimité du cadre. Un jeune cadre précise « *ils nous considèrent comme super soignants, secrétaires, intendants...* ». Pour Mr A, la communication conflictuelle avec le chef de service est source d'usure croissante, il explique que le chef de service récemment nommé prend tout le pouvoir en faisant régner une atmosphère pesante auprès des soignants qui adoptent un comportement de crainte en sa présence. L'interventionnisme de ce médecin dans le management de l'équipe soignante rendrait de plus en plus difficile le positionnement de ce cadre et insécuriserait l'équipe qui se trouve dans une situation de possible conflit de loyauté. Aussi, les propos vécus comme irrespectueux de ce médecin à l'encontre du cadre et de son équipe sont une source supplémentaire de tension. Il nous dit « *je remets de plus en plus en question mes compétences* ». Cette remise en cause

est nourrie de surcroît par une appréciation formulée de façon très négative par le chef de service sur la feuille de notation du cadre sans échange verbal préalable avec ce dernier. Lors de notre entretien avec le chef de service dans le cadre du projet de stage mené au sein du service, ce dernier révèle ses contraintes, venu d'un autre pays dans un contexte de « désert médical » sur ce bassin de vie, ce médecin a été rapidement nommé chef de service. Il reconnaît être en manque de formation et de communication avec son chef de pôle notamment sur les données de gestion médico-administrative du service ainsi que sur la situation de plan de retour à l'équilibre de l'établissement.

Une autre source importante de pression difficilement supportable est liée à une tension importante avec les partenaires sociaux, notamment une des organisations. Ce phénomène se manifeste par la diffusion récente de deux tracts diffamatoires mettant en cause deux cadres de santé. Les effets de ces attaques ont été, pour l'un des cadres, une enquête diligentée par le CHSCT et pour l'autre une perspective de mutation de service. Pour les deux, un suivi par le psychologue du travail de l'établissement est en cours. Dans les deux situations, le soutien de la Direction Générale pourtant effectif n'est apparemment pas ressenti par les intéressés.

- *Un levier lié à des ressources personnelles et institutionnelles*

Sur un versant positif, certains cadres enquêtés évoquent que le risque est moindre lorsque le cadre a des ressources personnelles et une activité extérieure à son travail favorisant sa prise de recul. Un travail concerté avec le chef de service et le cadre de pôle sont également réducteurs du risque. En effet, dans un autre pôle, la collaboration médico-soignante est harmonieuse grâce à un ajustement réel entre le chef de service et l'ensemble de l'équipe.

B) Les cadres supérieurs de santé et de pôles (CSP)

Ces points de vue ont été recueillis après une synthèse de ceux des cadres de santé du CHa à partir desquels a été ouvert un débat avec les CSP et le DS.

- *Points d'accord avec la position des cadres de santé*

Les cadres supérieurs de santé et de pôle (CSP) du CHa rejoignent les cadres de santé sur les points suivants : Certains comportements médicaux niant la reconnaissance de la place du cadre au sein de leurs services et de l'institution. Les attaques de certains partenaires sociaux. L'isolement des cadres. Les changements itératifs de politiques et de consignes, les injonctions contradictoires. En écho aux propos d'un cadre sur leur rôle d'intendance, un CSP du CHa explique « *La fonction du cadre a évolué, ce n'est plus un super infirmier, il a un rôle de transversalité* ».

- *Les contraintes et évolution du contexte de travail des cadres*

Ils évoquent par ailleurs : la pression forte induite par la T2A sur les équipes médico-chirurgicales entraînant une course à la rentabilité et à la productivité. Le non – respect itératif des règles organisationnelles (bloc opératoire).L'insuffisance de relais pour ces cadres limitant leur possibilité à déléguer. Le dimensionnement des pôles est également mis en avant.

- *La place des cadres au sein de l'institution et la perception de leur rôle*

Le sentiment d'exclusion des cadres dans le processus décisionnel et organisationnel est vrai. Une pression supplémentaire existe à l'égard des faisant fonction assortie d'une non reconnaissance de leurs homologues diplômés. Le soutien est parfois insuffisant ou trop tardif de la hiérarchie suite à une transmission tardive des problématiques. Aussi, les difficultés rencontrées peuvent être liées à la différence culturelle liée à leur filière d'origine, par exemple sage- femme et infirmière, plateaux techniques. Ils notent un désinvestissement par les cadres de l'essence même de leur travail, un « refuge » dans le faire. Les cadres de santé auraient des difficultés à s'investir dans les autres dimensions de leur fonction. En réponse à la question de perte de sens des missions du cadre, un CSP a évoqué la réticence au changement de rôle de certains cadres et l'imprécision des nouvelles attentes dans les fiches de postes.

- *Les cadres face aux partenaires sociaux*

Au sujet des attaques venant des partenaires sociaux, le CSP des urgences qui accompagne actuellement un de ses cadres dans une situation conflictuelle générant une enquête du CHSCT explique « *On ne peut être outillé face au lynchage syndical* ». Le CSP de santé-mentale complète en évoquant l'origine des attaques liées à l'appartenance prédominante à certains syndicats de certaines équipes. Concernant la situation de crise institutionnelle, il observe que les partenaires sociaux transgressent les règles en permanence dans leur façon de communiquer et d'intervenir. De plus, le CSP du pôle de médecine explique que la pression syndicale est en forte augmentation et qu'elle impacte de plus en plus les cadres de santé. Enfin, un CSP précise que la difficulté des cadres de santé face aux attaques syndicales s'explique dans le manque d'informations directement transmises aux cadres avant les CHSCT. Les cadres se trouvent alors soit dans la découverte d'un problème sur lequel ils n'ont pas le temps d'enquêter, soit face à une rumeur déjà rependue par le biais des agents, à leur insu, et sans possibilité de répondre. Le déclenchement des interventions syndicales prendrait sa source dans l'incapacité du cadre à répondre aux équipes sur certaines questions. Cette situation est également

relayée fortement par les cadres de santé interviewés qui estiment se trouver souvent en manque de réponse de leur hiérarchie.

- *La collaboration avec certains médecins*

Concernant la pression croissante liée aux relations conflictuelles entre certains cadres et chefs de service, un CSP explique cette situation par la différence de culture entre certains chefs de services venus d'autres pays et les cadres de santé tous originaires de la région et formés en France. Ainsi, lorsqu'un chef de service d'une autre culture s'adapte à celle des soins en France et au sein de l'établissement, cela donne une collaboration constructive avec le cadre et l'équipe. Le cas du chef de service de cardiologie est cité, issu d'une autre culture, il a exercé 6 années au sein du CH avant d'être nommé chef de service. Un autre CSP évoque la nécessité de développer les compétences des chefs de services et chefs de pôles, sa propre expérience au sein du pôle mère-enfant aux côtés d'un chef de service et chef de pôle formé au pilotage médico-économique et au co-management avec l'encadrement paramédical, montre la valeur ajoutée de ces formations. Ceci nous apporte un éclairage sur la situation du cadre Mr A. qui doit coopérer avec un chef de service, une femme âgée de 33 ans, soit 10 années de moins que lui, venue d'un autre pays, et nommée chef de service rapidement suite à la conversion de l'activité du service de médecine interne. Ce médecin n'a pas de formation à la chefferie de service et se trouve dans des attentes parfois contradictoires vis-à-vis du cadre de santé avec lequel il semble avoir peu de dialogue sur le travail.

C) Les Directeurs des Soins

- *Points d'accord avec la position des cadres de santé et CSP*

Ils s'accordent avec les cadres de santé et les cadres supérieurs sur les causes liées à l'interventionnisme délétère de certaines organisations syndicales et de certains médecins. Ils reconnaissent également l'isolement de certains cadres.

- *La question du soutien aux cadres de santé*

Cependant, ils ont une approche complémentaire et pas toujours homogène entre eux. Il est à noter que trois coordonnateurs des soins interviewés exercent dans le CHb au sein d'un Groupement Hospitalier. Pour eux, une grande partie du risque d'épuisement semble lié à la forte restructuration au sein du groupement avec des cadres de santé impliqués dans des déménagements, fusions et réorganisations de service sur plusieurs sites. C'est pour cela qu'ils défendent tous les trois une position clairement affirmée de défense et protection des cadres et de redéfinition de leurs missions. Pour le directeur des soins du CHa, son regard sur la difficulté évoquée face à certains comportements

médicaux est «*Nous avons les médecins que nous avons, il faut composer avec, le cadre doit se positionner, ne pas toujours dire oui, autonomiser son équipe* ». Face aux comportements des partenaires sociaux il reste ferme et est réactif par ses enquêtes et entretiens avec les personnes concernées à l'occasion de signalement de Dangers Graves et Imminents. Il insiste sur le rôle de soutien des cadres de santé par les CSP et estime que la reconnaissance de la Direction vis-à-vis des cadres de santé passe par leur sollicitation importante sur les projets transversaux, et particulièrement le projet de soins. Il évoque aussi que la nouvelle direction générale en place depuis un an place davantage la direction des soins dans un rôle stratégique ce qui induit une modification de la place du cadre au sein de l'établissement.

Aussi, pour ce DS, le manque d'autonomie de certaines équipes et de certains cadres serait un facteur explicatif des situations d'insatisfaction et de forte fatigue identifiées au cours de notre enquête. Dans son discours il dit placer les cadres de santé au même niveau que les chefs de services. Pour lui, le malaise des cadres est lié au manque de remerciements à leur égard par leur hiérarchie et une propension à leur renvoyer en permanence les dysfonctionnements. Face aux attaques des partenaires sociaux, il évoque la mise en place du registre des Dangers Graves et Imminents en 2012 au sein de l'établissement, qui serait « la porte ouverte » aux remises en causes de la direction au travers des cadres par les partenaires sociaux. Enfin, sur la question de la charge difficile à assumer pour les cadres affectés à plusieurs services, il précise que ces affectations sont décidées avec l'encadrement supérieur et qu'il est possible de retirer les cadres de certains services en cas de dysfonctionnements persistants.

- *Le positionnement des cadres de santé*

Le DS en IFSI depuis 7 ans après une expérience de 14 ans en tant que directeur des soins en établissement de santé (CH et CHU) insiste sur le fait que certains cadres ne prennent pas en compte les « zones de pouvoir » dans leur manière de fonctionner. Il explique « *il vaut mieux éviter l'affrontement, notamment dans le cas de certaines personnalités difficiles de médecins* ». Le rôle du Directeur des Soins est de positionner celui des cadres de santé au sein de l'établissement par façon dont est piloté le projet de soin et sa cohérence avec le projet médical et social. Aussi, le positionnement du directeur des soins au sein de l'équipe de direction est nécessaire afin de ne pas « *surcharger les cadres de projets transversaux* ». Il relie le risque d'épuisement des cadres à leur démotivation provoquée par le morcellement et l'intensification du travail dans une organisation taylorienne. Le manque d'autonomie des cadres serait un autre facteur explicatif. L'absence d'un budget propre de la Direction des Soins est également

citée comme cause possible d'épuisement des cadres de santé qui sont toujours entraînés à solliciter des dépenses sur les autres budgets. Enfin, il dénonce la rationalisation à outrance : « *On n'évalue pas la perte et le coût des économies à court terme et sur le relationnel* ». Le positionnement du cadre nécessite aussi une confiance en sa hiérarchie « *le cadre doit être sûr que son cadre supérieur ne va pas le lâcher* ».

- *La formation et le parcours des cadres de santé*

Le directeur d'IFCS évoque le problème de l'affectation des cadres à la sortie de leur formation qui n'est pas forcément en cohérence avec leurs compétences et parcours. Il évoque la perte de sens des missions des cadres, mais aussi de la rapidité de leur mobilité professionnelle qui rend difficile « *l'installation du cadre dans sa fonction* ». Leur épuisement serait imputable à leur tendance à être dans l'immédiateté des réponses aux sollicitations avec une difficulté de prise de recul. Ce propos fait écho avec la situation de Mr A qui dans son parcours est resté entre 8 mois et 1 an sur différents postes, sauf le poste actuel où il est depuis deux ans. Il est à noter que sa première affectation en sortant d'IFCS au sein du CHa a été au bloc opératoire, sans choix de sa part, expérience qui s'est soldée par un échec difficile à dépasser encore aujourd'hui. Lui aussi se trouve en difficulté à mettre en attente certaines sollicitations, le CSP et le chef de service lui reprochent « *d'être trop gentil, de ne pas savoir dire non* ».

D) Les directeurs généraux d'établissements

- *Le métier s'exerce dans un contexte de contraintes multiples*

Il y a peu de différence de propos entre les deux directeurs généraux (DG). Toutefois le DG du CHb nous dit « *je suis conscient qu'il y a des services où les équipes et/ou les chefs de services sont tellement difficiles à gérer, que pour survivre le cadre ne peut que se soumettre* ». Ils s'accordent avec les autres interlocuteurs sur le risque lié aux attaques de certaines organisations syndicales qui cherchent à « *dézinguer du cadre* ». Cette situation serait liée d'après le DG du CHa au manque de représentation des cadres de santé dans les instances comme le CHSCT afin d'établir un « *contre-pouvoir* ».

- *Les métiers de l'encadrement exposés au risque, le cas des cadres de santé*

L'un des directeurs, qui a personnellement vécu l'épuisement professionnel, précise « *on ne voit rien venir et tout d'un coup on se trouve physiquement épuisé jusqu'à en perdre connaissance et se retrouver aux urgences* ». Cette situation est liée au rythme

incessant de sollicitations et de situations de crises à gérer où l'on ne se rend plus compte du temps et de l'énergie déployée, sans relâche, sans prise en compte de ses limites physiques et psychiques. Le cumul de fonctions est également évoqué. Cela fait écho aux propos des cadres de santé sur le risque d'épuisement lié à la gestion simultanée de différents services à problématiques différentes en même temps qu'une multitude de projets transversaux.

Les DG estiment que le risque d'épuisement professionnel touche davantage les personnes en situation d'encadrement d'équipes. Ce risque est corrélé avec le temps de présence de ces personnels qui disposent de moins de « gardes fous » que les personnels soignants concernant le temps de travail. Le travail par messagerie électronique gomme la notion de limite horaire par l'envoi et la réception de messages à tout moment peut augmenter le risque d'épuisement.

Enfin l'un des DG évoque « *il est difficile pour un cadre de s'avouer en burn out, il y a une omerta autour de cela, elle est liée à une peur d'être jugé comme quelqu'un qui ne fait pas face* ». Selon lui, la difficulté pour le cadre d'avouer son incapacité à tenir les objectifs est accrue par un manque de repères pour ce dernier au sein de l'institution. Il rejoint les propos des cadres de santé sur la façon dont ils sont appelés à des tâches annexes et peu associés aux décisions institutionnelles. Les cadres supérieurs doivent être en veille face aux cadres et de différencier les personnes qui sont toujours en « *limite de burn-out dans le discours et auxquelles on ose plus rien confier* » et celles qui « *se donnent toujours à fond, qui se mettent la pression* ».

E) Les médecins : Le président et vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)

Les deux médecins sont issus du CHa, tous les deux sont chefs de service. Le président de CME est chef du pôle de santé publique, le vice-président est chef du service de réanimation et chef du pôle de santé mentale.

- *Une cause liée à l'addiction au travail*

Le président de la CME apporte un autre éclairage à la cause de l'épuisement professionnel. Il évoque l'addiction au travail qui serait une addiction « bien vue », mais pas moins délétère sur le plan psychique, familial et social. Cette addiction serait acceptable par la valorisation du travail dans notre société. Le travail ferait donc partie des dépendances et le burn-out serait lié à un mal-être supérieur à la sensation de bien-

être au travail. Il y aurait un lien entre l'épuisement professionnel, l'atteinte de l'estime de soi et la décompensation vers le burn-out serait souvent déclenchée par un évènement mineur. Il s'agirait donc d'un « *sevrage imposé* » au travail chez un sujet qui se met en « *sidération comme soupape de sécurité* ». Les personnes les plus touchées sont celles qui en font le plus, comme l'évoque aussi un DG. La fragilisation de ces personnes serait par ailleurs le corollaire du manque de reconnaissance institutionnelle.

- *Le travail empêché des cadres situés entre « le marteau et l'enclume »*

De nombreux professionnels, dont les cadres qui se trouveraient dans cette situation suite à une impossibilité de mettre en œuvre leurs compétences. ils se trouvent entre « le marteau et l'enclume ». Les cadres se trouvent parfois frustrés car ils ne sont décisionnaires que dans de petites zones, mais que paradoxalement ils se trouvent à gérer l'impact de décisions auxquels ils ne participent pas, voire avec lesquelles ils sont en désaccord. Cette position fait écho à celle de plusieurs cadres de santé qui se trouvent dans l'obligation d'agir contre leurs valeurs voire de décider de ne pas agir.

- *Un isolement face aux problèmes rencontrés*

En écho à l'isolement ressenti des cadres face à la résolution des problèmes, le président de CME remarque parmi les cadres une difficulté à remonter l'ensemble des problèmes à leur hiérarchie. Ainsi les cadres vont résoudre seuls certains problèmes, soit parcequ'ils sont en capacité de le faire, soit parcequ'ils estiment ne pas avoir intérêt à remonter le problème au cadre supérieur. Il s'agira alors de « bricolages à la marge », dans une organisation où le périmètre d'action du cadre n'est pas suffisamment délimité dans les fiches de postes. L'isolement des cadres serait rompu par un développement de management par projets

Le vice-président de la CME apporte une contribution aussi pertinente à notre étude par son rôle de chef de service et chef de pôle. De son point de vue les cadres supérieurs seraient moins exposés que les cadres de santé au risque. Il explique cela par le fait que les cadres de santé sont soumis à une « polyhiérarchie ». Il rejoint les propos des cadres de santé sur leur temps passé à gérer de l'absentéisme, temps qu'il quantifie à 80% du temps de travail du cadre et lié au manque de solutions. Il rejoint les cadres supérieurs en évoquant le passage à la T2A comme facteur favorisant le risque d'épuisement des cadres de santé par un manque de temps pour travailler en équipe médico-soignante sur les projets de service. Ainsi l'isolement du CS face aux problèmes est accru.

- *Le surinvestissement au travail de certains cadres de santé et un manque de communication institutionnelle*

Le Vice-Président de CME rejoint son collègue et le DG du CHa en évoquant que les personnes les plus touchées par le risque sont les plus investies, celles qui « *ne vivent que pour l'hôpital et qui craquent parcequ'elles ne savent pas dire non* ». Il apporte un autre regard sur la question par un « égarement » des cadres à partir du moment où il a été demandé aux soignants de faire « plus que du soin ». Un autre motif possible de risque d'épuisement pour les cadres serait selon lui lié à un étouffement de l'information et un manque de communication institutionnelle.

F) Les directeurs des ressources humaines

- *Recrutement et qualification des cadres de santé*

Un Directeur des Ressources Humaines d'un CH de taille moyenne, interviewé lors du Module Interprofessionnel sur le Bien-être au travail évoque sa difficulté à recruter des cadres diplômés et amener les cadres faisant fonction à la réussite du concours d'entrée en IFCS. Cette situation se répercute sur la performance des cadres de santé peu qualifiés au risque de les épuiser.

- *Le bien-être au travail et la réalisation de soi des cadres de santé dans un contexte de contraintes*

Aussi, ce DRH évoque la notion de bien-être au travail en opposition à la notion de burn-out. Ce bien-être est « palpable » lorsque l'ensemble des salariés, dont les cadres « viennent au travail sans rechigner ». Le burn-out des cadres est donc associé à un mal-être au travail. Ce dernier serait lié à un accroissement de la charge administrative et à l'exigence de traçabilité dans un contexte de rentabilité mesurée ainsi que les « injonctions » de l'ARS. Un autre DRH relie l'absence de bien-être au travail et donc le risque d'épuisement professionnel à l'absence de réalisation professionnelle, à l'impossibilité de concilier la vie professionnelle et personnelle et au manque de développement des compétences, à l'insuffisance d'accompagnement professionnel et de reconnaissance au-delà de l'aspect financier. Le point de vue de ce DRH se rapproche des éléments évoqués par les cadres de santé. Le DRH du CHa résume la situation de risque d'épuisement des cadres à l'injonction contradictoire suivante : « *il faut faire des économies mais sans que ça brule dans les services*. Il reconnaît que dans l'établissement les organisations syndicales « bouffent du cadre », dans une démarche de « règlement de compte avec la Direction par l'intermédiaire du cadre ». Arrivé depuis un an, il estime que les cadres de son établissement sont en difficulté non seulement par le fait de conflits explosifs avec les partenaires sociaux, mais également à cause de leur manque de latitude décisionnelle dans l'organisation polaire. Aussi en réponse à la charge mentale excessive du fait de la gestion de l'absentéisme, ce DRH évoque la désorganisation des cycles de travail pourtant établis au sein de l'établissement.

G) Le psychologue du travail

Le psychologue du travail intervient dans l'établissement depuis 2011 suite à un financement initié par un CLACT puis pérennisé. Il est rattaché au service de médecine du travail. Il reçoit quelques cadres de santé parmi les autres personnels qui viennent de leur propre gré soit à leur propre initiative, soit sur orientation de l'encadrement et/ou du médecin du travail. Il dit ne pas être sollicité pour des situations de médecins qui, selon lui, auraient aussi besoin d'un accompagnement. Il évoque sa posture de neutralité liée à son statut de vacataire. Il précise que les entretiens qu'il mène avec les personnels restent strictement confidentiels sauf en situation de danger pour le personnel qu'il transmet à sa hiérarchie.

- *L'isolement des cadres de santé*

Il confirme la situation d'isolement des cadres de santé au sein du CHa, mais évoque également celui des médecins. Il associe le risque d'épuisement des cadres à leur manque d'outils pour faire face à leurs responsabilités notamment dans un grand nombre de situations de tensions, de conflits et de crises. Il compare la situation des cadres à celle d'un étau au centre duquel le cadre est en porte à faux face aux équipes de soins qui manifestent régulièrement leur mécontentement et la direction d'établissement qui ne serait pas suffisamment présente auprès des cadres. De plus le cadre de santé se ferait « *taper sur les doigts par sa hiérarchie* ».

- *Le conflit avec les partenaires sociaux, une « épée de Damoclès »*

Il évoque la notion de « *lynchage des cadres, voire de bizutage des nouveaux* ». Cette situation expliquerait le comportement actuel de plus en plus méfiant des cadres qui craignent de plus en plus une instrumentalisation par les équipes et les organisations syndicales de la moindre action de leur part. A titre d'exemple : un conseil ou une critique à un membre de l'équipe, une décision concernant le planning du personnel. Ainsi, les cadres de l'établissement vivent avec une « *épée de Damoclès* » liée au fait qu'ils n'ont pas le dernier mot sur les situations où ils sont mis en cause et encore moins de droit de réponse lors des attaques. Dans ce contexte, il exprime son inquiétude quant à la situation de certains services pour lesquels il assure le suivi de plusieurs membres de l'équipe. Il évoque la complexité du circuit des informations qui le prive parfois du retour sur certains cas signalés de sa part et d'enquêtes déclenchées par le CHSCT et visant à objectiver la remise en cause des pratiques managériales de certains cadres qu'il suit individuellement.

3.3.2 Les propositions de moyens de prévention de l'épuisement professionnel des cadres de santé par les acteurs concernés

L'ensemble des personnes enquêtées ont été force de proposition d'actions permettant de réduire le risque d'épuisement professionnel des cadres de santé. Nous avons choisi de mettre en avant les propositions et demandes des cadres de santé pour dérouler ensuite les propositions des autres acteurs. Dans cette partie, nous ajouterons le point de vue de Paule Bourret qui a participé à un de nos entretiens dans le cadre de sa fonction de formateur en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) et de sociologue.

Les thématiques d'action développées ici ont été citées par l'ensemble des cadres de santé et sont répartis autour de trois axes :

- **Axe 1** : Communication institutionnelle avec les cadres de santé
- **Axe 2** : Missions des cadres de santé et rationalisation de leur charge de travail
- **Axe 3** : Développement professionnel continu (DPC) des cadres de santé.

Pour chaque axe le point de vue de chaque catégorie d'acteur sera présenté.

AXE 1: Communication institutionnelle avec les cadres de santé

A) Les cadres de santé

- *Une demande d'écoute et de soutien pour une reconnaissance*

Cette demande est adressée à l'encadrement supérieur, la Direction des Soins et de la Direction Générale, afin de rompre l'isolement ressenti des CS. Elle concerne le développement d'un soutien des cadres de santé face aux médecins assortie souhait d'être reconnus au même titre que le corps médical au sein de l'institution. Aussi, ils souhaiteraient développer le dialogue avec la DS notamment pour l'affectation des cadres en fonction de leur profil et leur projet. Une communication plus fluide permettrait de diminuer l'insécurité liée à une absence de réponse DS/CSP et de ressentir une protection du cadre et de ses équipes. Les CS attendent que le CSP puisse remonter les problèmes non résolus et qu'il argumente pour permettre la prise de décision du DS. Un retour aux CS sur actions du CSP quant à l'obtention de réponses quant aux problématiques soulevées serait aidante. Aussi, une meilleure information et association des cadres de santé aux projets et décisions institutionnelles leur permettraient d'être des partenaires plus crédibles au sein de l'organisation.

L'écoute de l'encadrement supérieur représente une « soupape » pour les cadres de santé. Ce temps est vécu comme une reconnaissance de leur travail et de leur contribution au fonctionnement institutionnel. Plus qu'une simple posture d'écoute, c'est aussi une attitude de soutien qui est attendue, car dans les situations individuelles où elle a été effective, les cadres la reconnaissent. Ce soutien est primordial en cas de situations de service non résolues ou très conflictuelles notamment vis-à-vis des médecins, partenaires sociaux, en cas de violences, d'absentéisme.

- *Le soutien des cadres de santé de nuit*

Un cadre fait référence à son expérience de cadre de nuit, fonction dans laquelle l'écoute et la reconnaissance institutionnelle passe par l'attitude du Directeur des Soins qui reconnaît le travail fourni et la participation des cadres de nuit aux projets institutionnels malgré les contraintes. En effet, ces cadres sont davantage exposés à l'isolement et attendent un interlocuteur identifié pour pouvoir évoquer leurs difficultés et les solutions possibles. Ils souhaitent disposer de moyens alloués prenant en compte la spécificité et la solitude de leur exercice ainsi que le décalage de leur temps de travail par rapport aux autres acteurs institutionnels. Par exemple, un bureau spécifique et des horaires de réunions institutionnelles compatibles avec leur organisation de travail sont des signes de soutien et de reconnaissance. Ils s'interrogent sur une valorisation perçue parfois comme inéquitable de leur travail face à celui des cadres de jour.

- *Le fonctionnement du binôme cadre des santé/chef de service*

Les 9 cadres insistent sur la qualité du binôme avec le chef de service et deux rajoutent la nécessité d'une bonne entente avec le chef de pôle. Cet axe communicationnel sous-tend donc un travail de fond afin de consolider la coopération médico-soignante autour d'un dialogue sur le travail. Aussi, l'importance de construire un projet médico-soignant commun avec une redéfinition des valeurs communes est mise en avant.

- *L'importance du collectif*

Sur cet axe communicationnel, l'ensemble des cadres du CHa mettent en avant la nécessité d'un collectif cadre. Ce dernier, s'il existe au sein de l'institution, n'inclue pas tous les cadres, par exemple, le cadre du bloc opératoire récemment nommé n'est pas toujours présent sur les temps de communication informelle, essentiellement au moment du repas de midi. Pour Mr A, ce collectif est une ressource réelle, en effet la pause du déjeuner avec ses collègues est pratiquement toujours respectée sur notre temps d'observation. Notre participation à plusieurs reprises à ces déjeuners de cadres permet

de saisir de la nature régulatrice de leurs échanges autour de leur quotidien. Pourtant, ce collectif pourrait être développé d'après les cadres entendus. En effet, les réunions d'encadrement et sur le projet de soins pourraient être organisées de façon à permettre davantage de débats et d'échanges.

B) Les cadres supérieurs de pôle

- *Communication sur les attentes institutionnelles et reconnaissance des services rendus*

Un des CSP mentionne la nécessité d'échanger davantage sur l'évolution des attentes institutionnelles vis-à-vis des cadres. Un autre insiste sur la nécessité de reconnaître les services rendus. Cette idée fait débat au sein du groupe de CSP, car certains évoquent la limite entre les droits et devoirs des équipes et des cadres, et que remercier pour quelque chose de normal est excessif. Cependant, il est important de reconnaître l'effort supplémentaire consenti par certains cadres et leurs équipes.

- *Accompagnement et soutien des cadres de santé*

En réponse à la demande par les cadres d'un soutien institutionnel, le CSP du pôle santé mental retransmet bien le ressenti d'une grande partie des cadres de santé : le soutien de la Direction pourtant effectif, n'est pas suffisamment relayé à l'intéressé. Un exemple est cité concernant le plan de formation annuel. Un autre évoque la nécessité d'accompagner les cadres dans leur changement de rôle vis-à-vis des équipes et chefs de service. En effet le temps doit être laissé pour que le binôme cadre de santé/chef de service « s'approprie » afin d'avancer vers un mode de fonctionnement commun. Dans la situation du cadre Mr A, nous pourrions supposer que cet appropriation est en cours mais qu'il nécessite un accompagnement du DS, du CSP et du chef de pôle. Aussi, dans le contexte de tension avec certains partenaires sociaux, une ressource possible pour démontrer le soutien de la Direction aux cadres viendrait d'une animation des CHSCT ne laissant place à aucun « débordement » ou propos diffamatoires.

C) Les Directeurs des Soins

- *Développement de la communication sur les projets et les instances*

Les 3 coordonnateurs généraux des soins (CGS) du CHa et CHb insistent sur la nécessité d'une communication institutionnelle par le biais de la CSIRMT et en amont en associant les CS aux groupes de travail sur les différents axes du projet de soins. Le directeur des soins du CHa préconise de communiquer aux cadres de santé les choix politiques institutionnels puis d'associer dans un deuxième temps les cadres et leurs équipes. Aussi, il propose que les comptes-rendus de CHSCT soient transmis aux cadres

de santé afin de leur permettre de connaître ces informations et d'y faire référence face à leurs équipes et aux partenaires sociaux.

Le CHb est intégré dans un mouvement de restructuration lié à la constitution des Groupements Hospitaliers franciliens. Aussi, le coordonnateur général des soins a piloté et met en œuvre avec les coordonnateurs des soins des 5 sites un schéma d'encadrement. Cet outil communicationnel et organisationnel a l'objectif suivant :
« *Accompagner les différents acteurs de l'hôpital et tout particulièrement les cadres de santé et cadres paramédicaux de pôles dans ce processus de changement.*

Dans cette perspective, plusieurs objectifs sont à envisager :

- ▶ *passer d'une culture locale d'établissement à une culture « Groupement Hospitalier » ;*
- ▶ *harmoniser les pratiques de management des sites et des futurs pôles ;*
- ▶ *redonner du sens aux différentes fonctions d'encadrement ;*
- ▶ *repositionner les cadres de proximité sur « leurs fonctions cœur de métier » ;*
- ▶ *mettre à disposition des cadres à leurs différents niveaux de responsabilité les outils leur permettant d'exercer leurs missions dans les meilleures conditions ;*
- ▶ *être créatif et innovant ;*
- ▶ *faciliter les évolutions et déroulement de carrière d'un grade à l'autre »¹⁷.*

D) Les directeurs généraux d'établissements

- *La communication sur les projets institutionnels et les séminaires d'encadrement*

Le Directeur Général du CH b évoque le schéma d'encadrement et le projet d'établissement comportant le projet médical, le projet de soins et le projet social comme vecteurs essentiels de communication vers l'encadrement. Aussi, les séminaires de cadres de santé sont pour lui un temps essentiel d'échange et de débats entre les cadres de l'établissement de toutes catégories.

- *Le soutien des cadres de santé lors des situations de conflits et la formation des responsables médicaux*

Face aux situations conflictuelles avec certains chefs de services, le DG du CHa préconise la mise en place d'un « *cordon sanitaire* » entre le médecin et le cadre de santé concernés par l'intervention du trio de direction (DG, DS et président de CME). Dans le cas de la situation conflictuelle entre Mr A et son chef de service, le DG prévoit d'inciter le chef de service à suivre une formation d'adaptation à ses fonctions de manager et à la gestion médico-administrative des services et des pôles. Ce type de formation sera

¹⁷ Schéma d'encadrement du groupe hospitalier juin 2011.

proposé à l'ensemble des chefs de services et chefs de pôles récemment nommés. Dans le cas de Mr A, le chef de pôle qui n'a pas suivi de formation délègue la plupart des activités de gestion du pôle au CSP au détriment parfois du temps qu'elle souhaiterait consacrer à l'écoute des cadres du pôle.

E) Les médecins : Le président et vice-président de la Commission Médicale d'Établissement (CME)

- *L'attention portée aux personnes, une philosophie institutionnelle*

Le président de CME du CHa estime que l'attention aux personnes qui doit être une philosophie de travail à tous les niveaux de l'institution. Cela suppose la mise en place d'indicateurs de suivi et d'alerte des situations de fatigue psychique et d'épuisement. Ce suivi implique un travail commun entre la communauté des cadres et des médecins, la Direction, et la santé au travail. Il propose que l'encadrement supérieur et le DS se saisissent de l'opportunité des réunions de travail pour mesurer le niveau de fatigue des cadres en observant leur façon de participer aux échanges, leur concentration, leurs réactions.

- *L'amélioration de la coopération médico-soignante*

Afin d'améliorer la coopération entre les médecins et les cadres de santé, le Président de CME propose que les corporations médico-soignantes se mettent d'accord pour aller vers un projet commun. Le vice-président de CME ajoute que l'amélioration de la collaboration médico-soignante passe également par la révision des modalités de nomination des chefs de service et l'intervention de la Direction et la présidence de CME auprès des personnes qui dysfonctionnent.

F) Le directeur des ressources humaines

- *Médiation externe et dispositif de prévention des RPS*

Le DRH du CHa met en avant la nécessité d'un soutien des cadres et d'une médiation externe en cas de situations conflictuelles comme celle faisant l'objet d'enquêtes du CHSCT. Il prône également une association des cadres aux projets institutionnels dans une démarche participative. Aussi, la mise en place d'un dispositif concernant les RPS fait partie du projet social à venir. Il est à noter que dans cet établissement est affichée une charte de mieux-être au travail, cette dernière est le fruit d'un travail mené en 2009 piloté par le CGS et la secrétaire générale.

G) Le psychologue du travail

- *Nécessité d'une écoute institutionnelle accrue*

La prévention de l'épuisement professionnel des cadres de santé pourrait être effective dans le cadre d'une écoute institutionnelle accrue. C'est dans cet axe que s'exerce sa mission de psychologue du travail. Aussi, il serait nécessaire de développer la communication entre le service de santé au travail, la DRH, la DS et la DG. Selon lui, la volonté d'une justice sociale affichée par le DG est une « lueur d'espoir ». Il explique l'importance de répondre aux questions des cadres de santé, même si cette réponse est difficile et nécessite parfois un temps d'analyse et de réflexion, ils doivent savoir que la Direction gère avec eux.

Il regrette le fait que les cadres de santé en situation de grande fragilité ne parlent plus mais écrivent tout. Il estime que la politique institutionnelle de rédiger une déclaration d'évènement indésirable dans les situations conflictuelles au sein des équipes est un dysfonctionnement dans la communication institutionnelle. Les cadres supérieurs sont des relais importants, c'est par leur intermédiaire que doit être transmis l'effort de résolution du problème complexe aux cadres de santé. L'insécurité et l'épuisement de certains cadres pourrait être liée à l'absence de retour de la part de la Direction sur des dossiers sensibles et enquêtes institutionnelles. Enfin, concernant les partenaires sociaux, il estime qu'il est nécessaire de pouvoir les considérer à juste titre comme une force d'opposition, mais dans une optique de construction.

Axe 2 : Missions des cadres de santé et organisation de leur travail.

A) Les cadres de santé

- *Redéfinition du périmètre de leurs missions autour des activités relevant de leurs compétences afin d'accroître leur autonomie*

Certains cadres, notamment ceux qui sont affectés à plusieurs services souhaitent améliorer la définition du périmètre de leur mission, en particulier concernant leur participation aux projets institutionnels. Cette redéfinition avec leur participation permettrait de revoir le temps alloué à des missions considérées comme énergivores voire de les supprimer. Un exemple est donné autour de la gestion des assignations des personnels sur des périodes de grève prolongées. Aussi, le nombre de missions de référents sur les projets institutionnels serait à redéfinir, car selon la situation de leurs services, leur présence au quotidien est largement diminuée par des missions extérieures. Plusieurs cadres reconnaissent le bien-fondé de leur participation aux gardes de week-end, mais s'interrogent sur celles de semaine ainsi que sur un partage possible de ces gardes avec les cadres supérieurs. Dans la situation de Mr A, son inclusion dans 6 projets transversaux et participation aux gardes hebdomadaires l'éloigne du quotidien. Pourtant les projets

transversaux sont une « bouffée » d'oxygène, mais, en son absence c'est l'équipe et le chef de service qui gèrent les problèmes relevant de son rôle. Paradoxalement, comme plusieurs cadres, il souhaite optimiser son temps de présence auprès de l'équipe et des patients.

Pour les deux tiers des cadres entendus, une révision et homogénéisation de leurs fiches de postes précisant les tâches spécifiques à certains services serait un outil utile. Associés à ce travail avec le DS et les CSP, ils pourraient participer à redonner du sens à leur travail. Aussi « se mettre d'accord sur le travail » passe par la révision des protocoles et procédures avec les acteurs concernés. Par ailleurs, la plupart des cadres souhaitent davantage d'autonomie quant aux arbitrages concernant les recrutements de personnels pour leurs services avec des profils adaptés à l'activité et à la culture de leurs services. Une autre marge de manœuvre souhaitée concerne les planifications de congés au sein de leurs services.

B) Les cadres supérieurs de pôle

- *Travailler avec les cadres de santé sur les dimensions de leur fonction*

Un CSP du CHa met en avant que la dimension gestion et comptabilité de la fonction est désormais plus importante. Aussi il est important de travailler avec le cadre sur la dimension managériale de sa fonction, particulièrement lorsqu'il prend en charge un service qui n'est pas de sa spécialité. A ce titre, concernant Mr A, son affectation lors de son premier poste au sein de l'établissement au bloc opératoire, domaine d'activité pour lequel il n'avait aucune expérience a rendu difficile voire impossible l'investissement de sa fonction managériale dans ce service.

- *Accompagner les cadres à retrouver du sens dans leur travail*

Face à l'apparente perte de sens ressentie par les cadres dans leurs missions, les CSP estiment que les cadres ont du mal à saisir ce qui est attendu d'eux, la révision des fiches de postes déjà évoquée par les intéressés est proposée. En particulier il s'agirait de clarifier le rôle attendu des cadres de santé dans la gestion de l'absentéisme. Un CSP issu du pôle mère-enfant où il a été également cadre de santé propose que les profils de postes de cadres affectés sur plusieurs services prennent en compte l'attribution de zones connexes à gérer pour un même cadre, évitant ainsi une trop grande disparité des domaines à gérer.

C) Les Directeurs des Soins

- *Vers l'autonomisation du cadre*

Le directeur des soins du CHa pointe la nécessité de former les cadres à l'autonomisation de leurs équipes. Il insiste sur la corrélation du positionnement du cadre en autonomie et celui de son équipe, « *tout ne passe pas par le cadre* », ce dernier doit prendre du recul. Cette nécessaire prise de recul des cadres est partagée par l'ensemble des acteurs entendus pendant notre enquête. Cependant les cadres eux-mêmes reconnaissent leur difficulté dans ce domaine et le risque d'épuisement associé.

- *Recentrer le cadre sur son cœur de métier et dans l'organigramme*

Au CHb, les cadres de santé sont représentés dans un groupe de travail concernant le métier de cadre de santé au sein du Groupement Hospitalier. Nous avons participé en juin à l'une des sessions de ce groupe de travail au cours duquel les missions des cadres faisant fonction ont été détaillées ainsi que leur parcours institutionnel. Dans ce CH, le schéma d'encadrement précité prévoit la redéfinition de la fonction des cadres de santé ainsi que leurs rattachements hiérarchiques et fonctionnels. Cette redéfinition vise à « recentrer les cadres de santé sur leur cœur de métier ».

- *Equilibrer la charge de travail du cadre*

Le directeur d'IFSI insiste sur la nécessité de repositionner les cadres dans leur fonction en équilibre entre la Direction et les équipes. Le rôle de l'encadrement supérieur sous l'impulsion de la Direction des Soins est d'accompagner les cadres à structurer leur charge de travail et à hiérarchiser leurs priorités en termes de projets. Le DS et les CSP doivent « *prendre soin de ceux qui prennent soin des soignants* ». Le DS influence la prévention de l'épuisement professionnel des cadres de santé à travers l'équilibre qu'il arrive à mettre entre le financier et l'humain.

D) Les directeurs généraux d'établissements

- *Organiser les missions et le temps de travail du cadre*

Le DG du CHa évoque la nécessité de veiller à l'organisation du temps de travail des cadres de santé par les CSP notamment concernant l'étalement de leurs congés, l'enchaînement de leurs journées de travail et de leurs gardes. Il insiste sur la vigilance à avoir dans l'élaboration des organigrammes et des fiches de postes. Elle rappelle l'importance de bien positionner les fonctions ainsi que les délégations de signatures. Par ailleurs elle préconise un positionnement de la Direction des Soins permettant une délégation suffisante aux cadres de pôles dans le domaine de la gestion des ressources humaines, en particulier celle des recrutements et de l'absentéisme. Cette délégation

permet au DS d'être dans un rôle de gestion de projets et de promotion de la recherche en soins. Selon ce directeur le recrutement des cadres de santé relèverait spécifiquement du rôle du DS.

E) Les médecins : Le président et vice-président de la CME

- *Le projet médico-soignant permet de situer la place de chacun*

Pour le Président de CME, un projet commun médico-soignant permettrait de clarifier la place de chacun et « *comment je peux être chef en laissant la place à quelqu'un* ». Il explique qu'il est nécessaire de reconnaître la place de chacun par la connaissance des missions respectives du cadre de santé et du chef de service. Dans le cas de Mr A, le président de CME a connaissance des incidents avec le chef de service, notamment les déclarations d'évènements indésirables sur des propos insultants tenus au sujet des soignants et du cadre. Nous l'interrogeons sur l'opportunité de rebâtir un « pont médico-soignant » afin d'apaiser l'ambiance du service entraînant une montée de l'absentéisme et des projets de départ du service de deux infirmières et une aide-soignante compétentes. Face à cette situation conflictuelle, il propose que cette remise au travail en commun se fasse sous l'impulsion du président de CME, du DG et du DS. Ce travail est à réaliser dans un premier temps avec le chef de pôle et le cadre de pôle afin de permettre d'asseoir ensuite une collaboration reconstruite entre le chef de service et le cadre dans la définition d'un projet commun pour le service.

- *L'adéquation des profils des cadres de santé recrutés*

Sur la question du recrutement des cadres de santé, le vice-président de CME fait référence à son expérience en tant que chef de service en proposant que le recrutement des cadres soit adapté entre autre au profil du chef de service. Ainsi il propose de privilégier le recrutement de cadres de santé « *qui ont de la bouteille* » pour travailler avec des chefs de services à réputation de personnalités difficiles.

- *Evaluer la charge de travail des cadres de santé, une mission des CSP*

Concernant la charge de travail des cadres de santé, le vice-président de CME propose que les cadres supérieurs évaluent davantage ce qu'ils confient aux cadres. Ce point de vue rejoint celui du CSP qui évoque l'important volume de projets et leur succession rapide dans le temps, « *le cadre supérieur doit connaître ses équipes et savoir les laisser souffler, il doit savoir mettre en attente un projet, voire le reporter* ».

F) Le directeur des ressources humaines

- *Clarifier les missions des cadres*

Le DRH du CHa propose une clarification avec les cadres de leurs missions à partir des fiches de postes qui doivent être révisées. Ce serait l'occasion de redéfinir avec eux leurs missions et de les amener à parler du métier.

- *Ajuster les pratiques des cadres concernant l'absentéisme*

Au regard de la pression croissante ressentie par les cadres concernant la gestion des plannings et plus particulièrement de l'absentéisme, il évoque la nécessité du respect des cycles de travail afin de diminuer la gestion des repos et absences intempestifs. Aussi il rappelle le délai d'affichage des plannings à respecter. Il estime qu'une délégation complète aux pôles serait un moyen de diminuer la réactivité et la recherche de réponses concernant les remplacements. Les pôles auraient une attribution d'un nombre de mensualités à leur disposition qu'ils pourraient gérer selon la charge de travail et les besoins réels. Questionné sur les avantages et inconvénients de la mise en place d'un pool de remplacement, il explique le risque d'absorber les personnels du pool pour des absences de longue durée. Cependant un planning par pôle ou pour l'ensemble de l'établissement recensant des étudiants infirmiers et aides-soignants disponibles pour des remplacements de courte durée ainsi que certains personnels vacataires externes pourrait être une solution à étudier. Sur ce point il préconise d'évaluer en priorité les temps de travail réellement effectués et le dimensionnement des équipes.

Axe 3 : Le développement professionnel continu des cadres de santé (DPC)

Le DPC comporte l'analyse, par les professionnels, de leurs pratiques ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement des connaissances ou de compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins¹⁸. Nous avons donc choisi de regrouper les actions contribuant au développement professionnel continu des cadres de santé dans cette partie. Nous avons choisi d'inclure la partie concernant le recrutement des cadres de santé, leur formation et leur intégration car il nous semble que ces évolutions professionnelles s'inscrivent dans une continuité du développement de leurs compétences tout au long de leur vie professionnelle.

¹⁸ Haute Autorité de Santé http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu consulté le 20 octobre 2013

A) Les cadres de santé

- *Une prise de recul nécessaire face à leurs pratiques*

L'ensemble des cadres évoquent la nécessité d'une prise de recul à partir de l'analyse en groupe des situations difficiles de leur métier. Certains parlent d'analyse de pratiques, d'autres de retour sur expérience comme les revues de mortalité et morbidité. La réunion de cadres santé au sein des pôles et entre pôles est également citée.

- *Un programme de formation continue en adéquation avec leurs besoins*

Ils évoquent des besoins en formation continue sur des thématiques déjà proposées mais auxquelles ils n'ont pas tous eu l'opportunité d'assister par nécessité de service. La gestion des conflits et l'analyse des Comptes de Résultats Analytiques ainsi que la gestion des ressources humaines font partie des domaines cités. Les cadres souhaitent être associés à l'élaboration du cahier des charges pour les formations futures afin qu'elles puissent répondre davantage au contexte institutionnel. Aussi la possibilité d'être détachés d'autres obligations pour pouvoir assister à ces formations est demandée. Dans le cas de Mr A sa participation en notre présence à la formation « Accompagnement du changement » a nécessité un accord de la part de deux CSP, afin de le détacher de son service et de sa participation à un groupe de travail institutionnel sur l'Alimentation dans le cadre du projet de soins.

- *Un dispositif d'intégration des cadres avec la participation des médecins*

Sur le plan de l'intégration des cadres, concernant les faisant fonction et les cadres récemment arrivés dans l'institution, le parcours d'intégration existant au sein de l'établissement est cité avec des axes de développement possibles parmi lesquels : prise en compte de leur profil et demande pour les affectations, augmentation du temps de doublage avec un tuteur, participation du chef de service au dispositif. Le partage d'expérience avec les cadres plus expérimentés est cité comme utile pour « éviter au jeune cadre de foncer droit dans le mur ». Aussi, Laisser le temps au cadre de « faire son organisation » connaître les locaux, les personnalités, les attentes individuelles et institutionnelles fait partie des moyens favorisant une prise de fonction réussie qui sera déterminante pour son bien-être au travail.

- *Adapter l'organisation des gardes institutionnelles*

Concernant le développement des compétences des cadres du CHa dans la gestion des situations pendant les gardes, la réunion « revue de gardes » permettant d'échanger avec les autres acteurs institutionnels dont les administrateurs et d'adapter les

procédures est perçue comme aidante. Aussi certains cadres vivant difficilement cette mission du fait de la spécificité de leurs services (santé mentale, plateaux-techniques) proposent un binôme avec un autre cadre pour mieux faire face à certaines demandes.

B) Les cadres supérieurs de pôle

- *Développer la formation au management à tous les niveaux*

Deux CSP évoquent la nécessité de former d'abord les trios de pôle. Car leur formation et fonctionnement conditionnent le travail des cadres dans les services. La formation des chefs de pôles et des chefs de service est nécessaire pour un véritable dialogue managérial. Aussi lorsque nous questionnons les CSP sur la mise en place de séminaires d'encadrement interdisciplinaires, certains semblent favorables et d'autres questionnent la dimension formative des séminaires. Pour ces derniers les séminaires ne doivent pas suppléer de véritables formations continues des cadres de santé sur des sujets comme la dimension gestionnaire et comptable de leur fonction.

C) Les Directeurs des Soins et cadre formateur en IFCS

- *L'analyse de pratiques professionnelles*

L'analyse de pratiques et le partage d'expérience évoqué par les cadres de santé est également mis en avant par les directeurs des soins. Le directeur d'Institut de Formation de Cadres de Santé explique que c'est à partir de d'analyses situationnelles de management dans un environnement donné que les étudiants cadres développent leurs compétences. Cette pratique devrait être poursuivie après la prise de fonction du cadre. Le directeur d'IFSI est également de cet avis. Les deux directeurs d'instituts de formation proposent un partenariat avec les établissements de santé pour l'animation de ces séances compte-tenu de la compétence de certains cadres de santé formateurs dans ce domaine.

- *La formation continue et le développement personnel*

Dans le domaine de la formation continue, le directeur des soins du CHa rejoint les cadres de santé et les cadres de pôles sur la nécessité d'une formation à la compréhension des tableaux de bords transmis aux pôles et services par la Direction Administrative et financière. De plus une formation à la compréhension et à l'utilisation des indicateurs de performance est également mise en avant.

Le directeur d'IFSI insiste sur l'importance d'une estime de soi solide chez le cadre qui doit être repéré par le DS lors du recrutement ou de la mise en projet d'un faisant fonction. Dans ce sens, un renforcement de la formation des cadres de santé dans le domaine de la communication et l'approche sociologique des organisations serait nécessaire. Cela leur permettrait d'analyser le contexte sociologique de l'établissement et du service dans lequel il prend ses fonctions afin de prendre en compte les enjeux de pouvoirs et les stratégies d'acteurs.

- *La formation initiale en IFCS, un levier de prévention du risque*

Pour le directeur d'IFCS, le risque d'épuisement professionnel fait l'objet d'une prévention dès l'entrée en formation des futurs cadres de santé. Elle explique la nécessité de permettre aux étudiants une phase de régression, d'autorisation à « lâcher des valises » et de commencer à se sentir en confiance pour entrer dans le questionnement. Elle met en avant la nécessité d'un accompagnement individuel tout au long de la formation en lien avec le projet professionnel du cadre de santé en devenir. La juste distance mise en œuvre durant cet accompagnement sera à reproduire par le cadre de santé face au chef de service et à l'équipe. Aussi l'adéquation des contenus de formation à la réalité de l'exercice du métier est à prioriser.

En réponse à nos questions, Paule Bourret détaille le dispositif de formation mis en place dans l'IFCS où elle travaille. Il vise à préparer au mieux les cadres de santé à la réalité de leur travail. Il permet de les outiller de façon à prévenir l'épuisement lié aux pressions et situations face auxquels ils peuvent se trouver démunis. Même si la notion d'épuisement professionnel n'est pas utilisée dans le dispositif de formation, elle explique que l'enjeu de la formation est bien que le cadre ne reste pas « coincé du côté de l'enclume ». Concernant l'approche des risques psychosociaux durant la formation, elle explique que le projet de formation rejoint l'idée d'Yves Clot de résister à la tentation «hygiéniste » face à ces derniers. L'essentiel pour préparer le cadre à s'adapter au contexte de son exercice consiste à « équiper à prendre en charge le métier, prendre du recul en analysant ce qui se passe et ce qui se joue dans une situation ». Pour ce faire, les étudiants cadres sont amenés à se rendre sur des « lieux professionnels de développement » qui ne sont pas des lieux de stage mais des lieux où ils vont observer et questionner le travail local. Dans le même sens, les étudiants participent à des séances d'analyse de pratiques et de retour d'expérience après leurs stages. L'ensemble du dispositif permet tout au long de la formation une mise en débat des situations de travail auxquels les cadres de santé sont confrontés en présence de professionnels de différentes disciplines. Elle résume ainsi la philosophie de la formation dispensée dans

l'IFCS « *Pas de bien-être sans bien faire, et pour cela le travail doit être mis en débat en prenant en compte la dimension individuelle et le collectif* ».

D) Les directeurs généraux d'établissements

- *Des séminaires d'encadrement interdisciplinaires*

Le DG du CHa estime que les cadres de santé dans son établissement font preuve de bonne volonté, rendent des services, acceptent des missions supplémentaires mais qu'ils manquent de formation. Pour les deux DG les séminaires d'encadrement réunissant l'encadrement paramédical, administratif et médical semblent une voie d'ouverture pour limiter l'isolement et donc le risque d'épuisement des cadres par les échanges sur leurs situations de management dans une approche collective. Aussi la formation managériale doit associer les chefs de service et chefs de pôles.

- *Le coaching des cadres et l'analyse de pratiques professionnelles*

Le coaching des cadres de santé comme des cadres de direction est également préconisé mais de préférence par un intervenant qui n'a pas de fonction verticale vis-à-vis du cadre. A ce titre dans le cas de Mr A, le CSP explique qu'elle assure un coaching vis-à-vis de lui depuis plusieurs mois, au vu de l'évolution de sa situation au sein du service et des éléments intimes intervenant dans le champ professionnel de ce cadre, elle nous évoque désormais le souhait de l'orienter vers le psychologue du travail. Questionné sur la mise en place de Comité de Retour sur Expérience sur des situations managériales, le DG du CHa préconise une animation par un intervenant extérieur à l'établissement de santé.

E) Les médecins : Le président et vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME)

- *La formation continue des cadres de santé et des responsables médicaux*

Les deux médecins proposent une formation commune des médecins et cadres de santé sur les pratiques managériales. Eux-mêmes ont été formés en tant que chefs de pôle. Aussi, le président de CME évoque la nécessité d'un « compagnonnage » et d'une mise en sécurité du cadre de santé lors de sa prise de fonctions et tout au long de son exercice. C'est selon lui le rôle du DS qu'il voit comme ayant un véritable rôle managérial des cadres. Concernant le coaching, il ne pense pas souhaitable qu'un CSP ait ce rôle envers un cadre de santé, il partage son questionnement : « *Peut-on évaluer une personne que l'on coach et vice-versa ?* ». Il propose que le coach soit un « *pair non lié* ».

F) Le directeur des ressources humaines

- *Les séminaires d'encadrement médico-soignant*

Le DRH du CHa est également favorable à la mise en place de séminaires d'encadrement réunissant les chefs de services, chefs de pôle, cadres de pôle et cadres de santé. En effet ces derniers permettraient de décliner au sein des pôles la stratégie de l'établissement. Dans la situation de Mr A dont le chef de service estime ne pas être mis au courant de la situation de l'établissement et des résultats de son service, ce type de séminaire serait un mode de communication supplémentaire.

- *Adapter le parcours professionnel des cadres au sein du CH*

A l'issue de notre entretien et après discussion il trouve nécessaire de mener une réflexion commune avec la DS sur le recrutement et le parcours des cadres de santé. En effet nous lui formulons l'hypothèse que compte-tenu de la nature de certains services réputés comme « difficiles, où personne ne veut aller », un projet de parcours professionnel des cadres par typologie de service avec une durée à définir pourrait être une solution permettant de leur apporter une mobilité encadrée et non dans l'urgence, ainsi qu'une professionnalisation.

Cette proposition fait également écho aux propose de Paule Bourret lors de notre entretien qui questionne « *l'affectation systématique des faisant fonction dans des services où personne ne veut aller* ». Position que partage également un cadre de santé en difficulté suite à une situation de crise sur l'un de ses services « après 7 années de services rendus dans des services réputés comme difficile du fait des équipes et de la nature de l'activité, dans mon cas le brancardage et l'UCSA¹⁹, la proposition de mobilité peut-être mal vécue si elle n'est pas choisie et si des services dont personne ne veut nous sont proposés ». Nous précisons que les services dont « personne ne veut » dans cet établissement sont en particulier deux services où les chefs de services ont une réputation de personnalité très difficile et où les cadres ne restent pas longtemps (2 années au maximum).

G) Le psychologue du travail

- *Supervision et coaching des cadres par des personnels qualifiés*

Il préconise une supervision des cadres de santé et une intervention d'un psychologue extérieur dans le cas de situations extrêmes au sein d'un service impliquant le cadre de santé. Cette action est effective au sein de l'établissement dans un service où un psychologue extérieur assure une médiation bien vécue par le cadre de santé que

¹⁹ L'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) est une unité de consultation et de soins ambulatoires, située dans un établissement pénitentiaire

nous avons entendu à ce sujet. Il explique qu'une médiation bien conduite nécessite la définition des règles du jeu de la discussion, la relève des problèmes soulevés par les participants et la proposition de solutions.

Le coaching déjà évoqué par d'autres acteurs lui semble être une solution adaptée pour prévenir ou remédier à l'épuisement professionnel des cadres de santé. Cependant il met en garde sur la nécessité de bien cerner les qualifications et la certification des coachs. Aussi il préconise une posture de précaution, de prise de recul et d'empathie dans la pratique du coaching qui nécessite une expérience confirmée. Il estime que différents professionnels dont les médecins, infirmiers et psychologues peuvent être coachs, mais ces derniers doivent eux-mêmes être supervisés et savoir orienter les personnes en souffrance vers des prises en charges adaptées (par exemple, l'orientation vers des thérapeutes de couples en cas de crise conjugale retentissant sur la vie professionnelle).

3.3.3 Synthèse des causes et propositions d'actions de prévention du point de vue des acteurs enquêtés

Afin de faire des propositions visant à prévenir l'épuisement professionnel des cadres de santé, nous proposons une synthèse des besoins identifiés ainsi que actions proposées par les personnes enquêtées autour de trois axes.

Besoins	Axes d'intervention	Actions
<ul style="list-style-type: none"> • Débattre sur le travail avec l'ensemble des partenaires • Comprendre le sens des attentes • Ressentir une reconnaissance et un soutien de la hiérarchie lors de situations de crises • Etre destinataires des informations utiles et de réponses aux problèmes soulevés 	AXE 1 Communication institutionnelle avec les cadres de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Management participatif - Projet médico-soignant dans les services - Communication sur la l'actualité institutionnelle - Retour d'informations
<ul style="list-style-type: none"> • Situer le périmètre de leurs missions, notamment aux côtés des chefs de services • Disposer de profils de postes adaptés à leur contexte • Gérer la charge de travail entre la gestion du quotidien et les projets transversaux • Diminuer les tâches ne relevant pas de leur fonction afin de dégager du temps pour améliorer la réponse aux équipes et aux usagers. 	AXE 2 Missions des cadres de santé et organisation de leur travail	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation des fiches de postes - Equilibrage des projets transversaux - Affectations et effectifs cadres - Délégation aux pôles en matière de gestion des ressources humaines
<ul style="list-style-type: none"> • Sortir de l'isolement • Etre accompagnés dans leur fonction managériale • Améliorer la dimension gestionnaire de leur fonction • Identifier des solutions communes en partageant sur les difficultés vécues entre pairs • Acquérir des outils managériaux leur permettant de faire face aux situations prévalentes • S'adapter à l'évolution de leur rôle • Consolider un positionnement adapté au contexte de leur mission au sein de l'institution 	AXE 3 Le développement professionnel continu des cadres de santé	<ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement du parcours professionnel - Définition des critères de recrutement - Mobilisation du Collectif cadre - Formation managériale - Séminaires d'encadrement interdisciplinaires - Analyse de pratiques - Supervision - Médiation - Coaching

4 METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF FAVORISANT LA QUALITE ET LE BIEN-ETRE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE

La qualité des soins aux patients est directement corrélée avec la qualité de vie au travail des équipes soignantes. Cette dernière dépend en grande partie du comportement des cadres qui sont les premiers artisans de l'adaptation des unités de soins aux changements organisationnels. Ce constat renvoi donc au rôle du Directeur des Soins dans la mise en place d'une prévention contribuant à la qualité et la gestion des risques.

La prévention de l'épuisement professionnel des cadres de santé s'intègre dans un dispositif favorisant la qualité et le bien-être au travail des cadres de santé. Notre proposition, basée sur les résultats et la synthèse de notre enquête est également nourrie de nos valeurs, notre expérience managériale, les observations durant notre formation de directeur des soins ainsi que les recherches documentaires et acquies lors de notre participation au Séminaire Inter Ecoles (SIE) sur les Risques Psychosociaux, Module Interprofessionnel(MIP) sur le bien-être au travail. Les propositions détaillées ici sont en réponse aux 3 axes définis précédemment : La communication institutionnelle, les missions des cadres et organisation de leur travail, le Développement professionnel continu des cadres de santé.

4.1 Proposition 1 : Un projet managérial inscrit dans une politique institutionnelle et articulé avec le dispositif de prévention des RPS

Cette proposition vise à répondre aux trois axes précités. Notre enquête met en évidence l'intérêt d'un projet managérial tel que le schéma d'encadrement développé dans le CHb rattaché à un groupement hospitalier en voie de constitution avec deux mandatures de pôles successives en 3 ans. Nous pourrions supposer que c'est la taille de l'établissement et son implantation sur plusieurs sites qui rend nécessaire ce type de schéma. Mais après avoir observé les situations d'encadrement dans un des CH lui-même intégré dans une Communauté Hospitalière de Territoire, il nous semble pertinent de concevoir quel que soit la taille de l'établissement un projet managérial.

Le projet managérial doit faire partie du projet d'établissement porté par l'institution, ainsi, le schéma d'encadrement paramédical impulsé par du DS doit s'inscrire dans ce sens. Il est nécessaire de définir en équipe de direction ce qui est exigible pour

l'ensemble cadres afin de décliner ces attentes envers les cadres de santé, le président de CME est à associer à cette réflexion. Ainsi, l'actualisation des missions des cadres de santé adaptées aux évolutions organisationnelles sera facilitée. Une démarche est à définir pour les faisant fonction afin de les accompagner dans leur projet professionnel. Pour ces derniers, un programme de formation est à établir afin de les outiller pour leurs activités quotidiennes telles que la conduite de réunions, la résolution de conflits et la gestion des plannings. Pour les cadres venant de prendre leurs fonctions, un dispositif tutoral est à construire avec les cadres supérieurs et la possibilité d'un compagnonnage avec un cadre d'un autre service en associant la communauté médicale.

Aussi ce projet peut s'intégrer dans un dispositif tel que ceux en cours de déploiement dans certains établissements de santé. Par exemple le dispositif du CHU de Dijon intitulé « Développer un programme de reconnaissance au travail au service de la performance globale durable », ce projet en lien étroit avec le projet social du CHU développe un programme de reconnaissance au travail en tant que levier pour les managers afin de développer la performance du service public qui « vise à allier l'efficacité et les valeurs qui portent nos missions »²⁰. Une autre articulation entre le projet managérial et le projet social est illustrée par la mise en place de C.R.E.M. (Comité de Retour d'Expérience en Management)²¹, basé sur un suivi des indicateurs de satisfaction au travail et résultant des propositions de deux groupes de travail, l'un sur le thème de la gouvernance et le management, l'autre sur le projet social.

La méthodologie de travail pour construire ce projet nécessitera une attention particulière à son articulation avec le projet d'établissement, le projet médical et social et en premier le projet de soins dont il permet la mise en œuvre. Ainsi les deux projets devront faire référence l'un à l'autre. Les groupes de travail déclinés pour la construction de ce dispositif nécessitent un pilotage par des référents issus de l'équipe d'encadrement (cadres de santé des différentes filières, cadres supérieurs, cadres de pôle), aussi les chefs de services et chefs de pôles pourront être associés à certains groupes. Voici un exemple de thématiques non exhaustif à décliner selon un calendrier à définir :

- Management et encadrement des pôles
- La collaboration médico-soignante
- La ligne hiérarchique paramédicale au niveau de l'institution et du pôle

²⁰ CHU de Dijon, Direction des Ressources Humaines « Développer le programme de reconnaissance au travail au service de la performance globale durable », mai 2012, p.2

²¹ Institut de Cancérologie de l'Ouest « Projet Clarté, Indicateur de Satisfaction au Travail, retour d'expérience d'ICO site de Nantes, mise en œuvre d'un Comité de Retour d'Expérience en Management. Pascale BLIN, Philippe BOURREL.

- Les missions du cadre de santé positionné en proximité
- Le cadre de santé positionné en missions transversales sur un pôle multi sites et/ou sur plusieurs services
- Les cadres chargés de missions transversales
- Le dimensionnement des effectifs cadres
- L'organisation du temps de travail des cadres et des équipes
- Les Faisant Fonction de Cadres de Santé
- Les professionnels paramédicaux « référents »
- La permanence de l'encadrement
- Le cadre réglementaire de la garde administrative
- Le développement professionnel continu
- L'évaluation et la prévention des risques psycho-sociaux des cadres de santé

L'articulation du projet d'encadrement et de la prévention des risques psychosociaux des cadres de santé et de leurs équipes peut se faire par l'instauration d'une démarche participative des cadres au sein de groupes de travail permettant de renseigner le document unique. Le Directeur des Soins a toute sa place dans l'impulsion de ce type de démarche associant les cadres de santé.

4.2 Proposition 2 : Accompagner le Développement Professionnel Continu des Cadres de Santé

Cette proposition vient en réponse aux trois axes définis et particulièrement à l'Axe 3. La mobilité des cadres au sein des institutions et les changements techniques et organisationnels nécessitent l'élaboration d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) pour les cadres de santé à construire avec eux. Ce qui implique pour le Directeur des Soins de leur donner la parole à ce sujet à titre individuel et collectif. L'animation des réunions d'encadrement par le DS ainsi que des temps d'entretiens individuels avec les CSP pas exclusivement au moment de l'évaluation annuelle nous semble être un moyen possible.

4.2.1 La formation initiale des cadres de santé adaptée à la réalité de l'exercice

Comme le souligne Paule Bourret, la formation des cadres de santé vise à « équiper les cadres de santé pour prendre en charge le métier ». Nous pensons que la résilience du cadre de santé face au risque d'épuisement se construit en grande partie au cours de sa formation. Il est donc important pour le DS et les CSP d'établir des

partenariats avec des IFCS dans ce sens. Aussi nous partageons la vision du projet de formation d'un l'IFCS : « *Devenir cadre de santé, c'est s'engager, c'est faire un choix qui révèle le désir d'être autonome, c'est être responsable et avoir le courage d'occuper des fonctions d'encadrement.* ». Ainsi il nous appartient de détecter ces prédispositions dans l'accompagnement des projets professionnels de santé qui souhaitent évoluer vers ce métier. Aussi la formation initiale doit viser à développer chez les cadres de santé une « intelligence des situations » en proposant des dispositifs et collectifs interdisciplinaires au plus proche des situations de travail.

4.2.2 Bâtir un parcours professionnalisant des cadres de santé

Il nous semble utile de bâtir des parcours de professionnalisation des cadres de santé impulsé par le DS en tant que conseiller des CSP. Ceci permettrait d'anticiper une mobilité constructive et planifiée sur différents services. Ce parcours pourrait être initié dès le début du projet de devenir cadre de santé avec un accompagnement, poursuivi pendant la formation cadre au travers des stages puis lors des premières années de prise de fonction après la formation en IFCS. Ainsi, la mobilité subie serait peut-être moindre et les affectations des cadres décidées avec une prise en compte de leur parcours antérieurs, compétences et projet professionnel. Comme le proposent une grande partie des acteurs interrogés, le tutorat des nouveaux cadre est également à détailler dans le projet managérial car il permet également au tuteur de développer une prise de recul sur sa pratique et donc un développement de ses propres compétences tout en transmettant le métier.

4.2.3 La mise en débat du travail, une source d'apprentissages

A) L'analyse de pratiques professionnelles (APP)

Selon Richard Wittorski, l'analyse de pratiques est une réflexion menée par des professionnels au sujet de leurs propres pratiques, les « "Groupes de Pairs" ou "groupes d'analyse de pratique" sont des moments de réflexion collective sur les pratiques professionnelles »²². Ainsi les pratiques discutées deviennent des savoirs partagés. La mise en débat du travail dans un contexte de contraintes peut-être facilitée au cours de séances d'analyse de pratiques conduisant à des hypothèses d'actions comme

²² WITTORSKI Richard « Enjeux, fonctions et effets de l'analyse des pratiques professionnelles », Société Française de Médecine Générale DRMG 59 p• 23

l'adaptation des fiches de poste, de procédures institutionnelles et de contenus de formation continue pour l'ensemble des personnels incluant les cadres de santé. Nous préconisons une animation externe de ces groupes en travaillant sur des partenariats avec les équipes pédagogiques des IFSI et IFCS, et autres professionnels qualifiés en APP.

B) Les Comités de Retour d'Expérience en Management

Les Comités de Retour d'Expérience en Management (C.R.E.M) sont une forme d'APP nécessitant une animation extérieure. Il nous semble que les C.R.E.M pourraient être déployés, en référence à l'expérience de l'Institut de Cancérologie de l'Ouest en adaptant leur méthodologie aux différents contextes et attentes institutionnelles:

- **PUBLIC** : Cadres de santé, autres cadres, en fonction du besoin des groupes interdisciplinaires incluant les responsables médicaux
- **ANIMATION** : Intervenant extérieur, formateurs d'IFSI, d'IFCS, consultants qui peuvent être de différentes filières mais avec une formation et une expérience managériale, psychologues, psychosociologues.
- **FINALITÉ** : Partager et analyser les situations managériales en interrogeant et en donnant du sens à ses expériences de travail
- **OBJECTIFS** :
 - Permettre une prise de recul face aux situations vécues afin de pouvoir les analyser et faire émerger des solutions possibles à l'aide du groupe
 - Apprendre par un échange sur les expériences de chacun
 - Co-construire de « bonnes » pratiques managériales réalisables et transmissibles
- **MODALITÉS** :
 - Cadrage de la demande
 - Mise en évidence des situations prévalentes
 - Séances d'échanges à partir des situations identifiées avec identification des pistes de réponses (nombre, durées, lieux à définir)
 - Ateliers à distance afin de développer la mutualisation des pratiques

4.3 Proposition 3 : Développer l'accompagnement des cadres de santé

Cette proposition est en réponse aux axes 1 et 3. Le directeur des soins un conseiller et « révélateur » des cadres de pôles dans leur rôle d'écoute vis-à-vis des cadres de santé. Cependant, un accompagnement individualisé peut être réfléchi dans certaines situations individuelles et collectives (au niveau d'un service).

A) Veille et accompagnement des cadres et cadres supérieurs de santé

Pour nous, « accompagner serait aller avec, être à côté de, donner une place à l'autre, partir de l'autre et pas de soi »²³. Aussi, il nous semble souhaitable qu'une veille soit établie en continu concernant la santé au travail des cadres ainsi que leur bien-être. Si l'entretien annuel est souvent l'occasion d'un bilan d'atteinte d'objectifs et l'entretien de formation l'occasion d'envisager avec le cadre ses besoins en formation, nous proposons de ne pas attendre ces bilans pour décider d'un accompagnement du cadre de santé. Cet accompagnement est en premier lieu celui que réalise le CSP, qui lui-même doit avoir la juste distance et la posture adaptée pour le faire. Ce dernier doit également être conseillé par le DS. Aussi, la façon dont le DS conduit ses projets, notamment le projet de soins doit lui permettre de prendre en compte les préoccupations et difficultés des cadres. Enfin le DS doit se montrer disponible face à son équipe d'encadrement, c'est aussi une façon de reconnaître leur travail.

B) Le coaching professionnel

Le coaching²⁴ professionnel est l'accompagnement de personnes ou d'équipes pour le développement de leurs potentiels et de leurs savoir-faire dans le cadre d'objectifs professionnels. Cette méthode peut contribuer à sortir le cadre de santé et son équipe de certaines impasses. Nous avons des exemples d'issues positives de ce type d'accompagnement qui permet aux personnes de rebondir suite à des difficultés voire échecs. Cependant il nous semble important de poser un cadre institutionnel pour ce type d'accompagnement. Il paraît nécessaire de poser une indication avec l'intéressé et même si certains cadres et cadres supérieurs de santé ont des formations au coaching, un coach extérieur nous paraît plus adapté pour une juste distance et une absence de relation verticale ou professionnelle avec le cadre de santé. Aussi la certification et l'expérience du coach sont à vérifier avant d'envisager d'orienter le cadre de santé vers ce type de prise en charge.

²³ CIFALI M., GUST-DESPRAIRIES F. Formation Clinique et travail de la pensée. Paris, Editions De Boeck, 2008, 168 p

²⁴ Définition de la Société Française du Coaching <http://www.sfcoach.org/coaching-professionnel/> consulté le 19 octobre 2013

C) La médiation professionnelle

Il ne s'agit pas ici de médiation en situation de réclamation d'un usager mais d'une médiation dans le contexte d'une situation conflictuelle au sein de l'institution, d'un service. Même si les deux types de médiations sont proches et qu'un lien de cause à effet peut être identifié entre une situation de conflit et son retentissement sur la satisfaction des usagers. Nous parlons ici de médiation auprès d'une équipe incluant l'encadrement médico-soignant. Cette médiation visant à rétablir des relations inter personnelles plus constructives et sereines. Le conflit fait partie de la vie, débattre sur le travail et s'accommoder pour trouver des modes de coopération est une démarche normale dans un collectif de travail. Mais, certaines situations débouchent sur des conflits qui nuisent à la qualité du travail et à la relation d'équipe. Ces problèmes conflictuels ne sont pas toujours aisés à gérer par la hiérarchie voire la Direction. Ils peuvent être désamorçés par l'intervention d'un tiers compétent en médiation et gestion des conflits. En effet le temps consacré à la résolution de ces situations pèse sur l'efficacité des cadres ainsi que sur l'ambiance de travail et la qualité des soins.

D) Développer le bien-être au travail par la méditation

Notre proposition se base ici sur notre expérience personnelle et recherches sur les effets de la méditation sur le stress et l'anxiété ainsi que la lecture du livre de Michael Chaskalson « Méditer au travail pour concilier sérénité et efficacité ». Ainsi, nous suggérons d'étudier avec le service de santé au travail et la Direction des Ressources Humaines l'opportunité d'intégrer dans un dispositif plus large visant le bien-être au travail, de courtes séances de 4 à 11 minutes de méditation guidées autour de certains thèmes, par exemple : la pleine conscience du travail, la douceur et de la bienveillance, le bien-être, le stress et la détresse.

En effet nous avons pu constater dans le cadre des consultations mises en place par le Dr Christophe André psychiatre à l'Hôpital Ste Anne à Paris, que les séances de méditations proposés aux patients souffrant de troubles anxieux et à risque de rechute dépressive, avaient des effets positifs comme l'amélioration de la concentration et donc de l'efficacité des personnes participant aux séances. Il nous semble donc possible que pour les personnes les plus exposées au risque d'épuisement professionnel que sont les équipes de soins et d'encadrement par leur investissement dans la relation à autrui, la méditation puisse apporter une solution face à cet état.

Conclusion

En réalisant ce travail, nous avons adopté une posture d'observation participante dans le domaine du management des cadres de santé. Notre réflexion s'interrompt ici provisoirement, puisque qu'elle va se poursuivre au-delà de ces pages dans notre pratique quotidienne du métier de Directeur des Soins. Nous revenons alors à l'idée que: « *Les hommes constituent la principale ressource stratégique de l'entreprise, la responsabilité des dirigeants est primordiale pour définir et mettre en œuvre une véritable politique de santé en repensant les modes de management, d'organisation et de vie au travail* »²⁵. C'est dans cette finalité que nous avons choisi de réfléchir sur les leviers de prévention de l'épuisement professionnel des cadres de santé, car cela relève de la fonction stratégique du Directeur des Soins au travers de sa pratique managériale et du sens qu'il lui donne. Aussi, la parole a été donnée aux acteurs institutionnels et en majorité aux cadres de santé sur leurs représentations et vécu face à ce phénomène.

A cette étape de notre réflexion et sur la base de notre étude, nous concluons que le risque est réel chez ces professionnels et qu'une partie de ses causes est liée au contexte organisationnel du travail des cadres de santé à l'hôpital. Le Directeur des Soins peut contribuer à mettre en place la prévention de l'épuisement professionnel des cadres dans une démarche d'amélioration de la qualité et de gestion des risques auquel il participe avec les autres acteurs institutionnels. Cependant, nous avons volontairement évité une approche hygiéniste de la prévention des risques psychosociaux dans nos préconisations. Loin d'être exhaustives elles concernent la mise en place d'une communication institutionnelle interdisciplinaire au travers d'un projet managérial commun à l'ensemble de l'encadrement, le développement de l'accompagnement des cadres de santé et de leurs compétences dans une dynamique continue. Nous souhaitons prolonger cette étude en lui donnant une suite sur la thématique de l'évaluation des cadres de santé comme levier du développement de leurs compétences.

Enfin, nous laissons la parole à Christophe Dejourn et Yves Clot, pour le premier il est nécessaire de « permettre aux salariés et la direction de se rencontrer sur le sujet de la qualité au travail », pour le second « la qualité du travail est le chaînon manquant pour que les gens puissent se reconnaître dans ce qu'il font... ne pas pouvoir faire du bon boulot amène à en faire une maladie ». Aussi nous avons tenté par notre démarche de permettre aux cadres de « prendre leur travail à cœur », de rendre plus visible leur travail de lien et comment ce dernier est à risque.

²⁵ LACHMAN H. LAROSE C., PENICAUD M., Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, 2010, 19p

Bibliographie

- **ANTOINE Sylvie** Les cadres de santé sont-ils stressés ? Soins Cadres 2008 N°68, p 53 à 55
- **BECU Sophie** La bientraitance managériale : recherche et développement, mémoire de directeur des soins EHESP 2010
- **BOURRET Paule** Les cadres de santé à l'hôpital : Le travail de lien invisible , Seli Arslan, Paris 2006,284 p
- **BOURRET Paule** Prendre Soins du Travail , un défi pour les cadres à l'hôpital »Seli Arslan 2011,177p
- **CANOUI Pierre, MAURANGES Aline** Le burn out à l'hôpital, Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants , Masson 2008, 232p
- **CHASKALSON Michael** Méditer au travail pour concilier sérénité et efficacité Editions les Arènes 2013, 241p
- **CHRU de Brest**, Enquête sur la qualité de vie au travail , 2012,
- **CHU de Dijon**, Développer un programme de reconnaissance au travail au service de la performance globale durable, 2012,
- **CLOT Yves** Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux , La Découverte 2010, 192 p
- **COLOMBAT P (dir), 2012**, Qualité de vie au travail et management participatif, Ed LAMARRE
- **COUTY E (Président)**, Le Pacte de confiance pour l'hôpital, 2013, 72p
- **CIFALI M., GUST-DESPRAIRIES F.** Formation Clinique et travail de la pensée. Paris, Editions De Boeck, 2008, 168 p
- **DE SINGLY Chantal** « Rapport de mission des cadres hospitaliers » Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, septembre 2009
- **Décret 2001-1006** relatif au document unique d'évaluation des risques, JORF, 2001
- **Décret n°2008-1382** du 19 décembre 2008, Art L4121-1 relatif à la protection de la santé et à la sécurité des salariés, JORF, 2008
- **DEJOURS Christophe** « La panne, repenser le travail et changer la vie » Bayard 2012, 179 p
- **DHOS** - Observatoire National de l'Emploi et des Métiers de la FPH, Etude prospective des métiers de la FPH sur les cadres de santé, décembre 2008

- **EHESP Module Interprofessionnel** «Le bien-être au travail où en es-t-on au sein de l'Hôpital Public, mai 2013
- **HAS**, La qualité de vie au travail, (15 mai 2013), disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail
- **HAS**, Qualité de vie au travail et qualité des soins dans les établissements de santé, 21 octobre 2010, 48p
- **INRS, guide** « Le stress au travail, étapes pour une démarche de prévention » mars 2011
- **LACHMAN H. LAROSE C., PENICAUD M.**, Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail, 2010, 19p
- **LASCOUX Jean-Louis** « Pratique de la médiation professionnelle », ESF éditeur, 228p
- **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé**, Lancement du second plan de santé au travail (10 mai 2013), disponible sur internet : <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Lancement-du-second-plan-de-sante.html>
- **NASSE Philippe, LEGERON Patrick** Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail, Mars 2008
- **OMS**, Santé et bien-être sur les lieux du travail, 1981, Prague
- **TOUPILLIER Danielle, YAHIEL Michel** « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, janvier 2011

Liste des annexes

Annexe 1 : Questionnaire Malasch Burn-Out Inventory adapté aux cadres de santé

Annexe 2 : Guides d'entretiens

Annexe 3 : Profil de poste de cadre de santé CHa

ANNEXE 1 : Questionnaire Malasch Burn Out Inventory (cadres de santé)

Enquête dans le cadre du mémoire de directeur des soins sur la prévention de l'épuisement professionnel des cadres de santé 2013

C37 Dans l'exercice de votre métier, à quelle fréquence vous arrive-t-il de ... ?

Merci de répondre à toutes les questions. Pour chacune des questions, cochez la case qui correspond le mieux à votre situation actuelle.

	Jamais	Quelques fois par année	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Vous sentir émotionnellement vidé(e) par votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Vous sentir épuisé(e) à la fin de votre journée de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vous sentir fatigué(e) quand vous vous levez le matin et que vous avez à faire face à une autre journée de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sentir que vous pouvez facilement comprendre ce que vos équipes, patients et autres interlocuteurs ressentent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avoir l'impression de vous désintéresser de tout ce qui concerne les membres de votre équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sentir que travailler avec les gens tous les jours est vraiment un effort pour vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sentir que vous vous occupez très efficacement des problèmes des membres de vos équipes, patients, et autres interlocuteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vous sentir épuisé(e) par votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sentir que vous influencez positivement la vie des autres personnes par votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que vous êtes devenu(e) plus insensible envers les gens depuis que vous exercez le métier de cadre de proximité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avoir peur que ce métier vous éloigne de vos émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Vous sentir très énergique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vous sentir frustré(e) par votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir que vous travaillez trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentir que vous ne vous inquiétez pas vraiment de ce qui arrive à certains membres de votre équipe ou patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir que travailler en contact direct avec les gens met beaucoup trop de tension en vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir que vous pouvez facilement créer une atmosphère détendue avec les équipes, patients et autres collaborateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vous sentir vivifié(e) après avoir travaillé intensivement avec les équipes et autres collaborateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir que vous avez accompli plusieurs choses qui en valaient la peine dans votre travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Vous sentir comme si vous étiez au bout du rouleau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que dans votre travail, vous faites face très calmement à des problèmes émotionnels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir que des membres de votre équipe vous blâment pour certains de leurs problèmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diplôme de Cadre de Santé : Oui Non Si oui, nom de l'IFCS :

Sexe : Femme Homme

Nombre de postes de cadre occupés :

Décision de changement, de poste : personnelle Institutionnelle

ANNEXE 2 : Guide d'Entretiens

Entretien dans le cadre du mémoire sur la prévention du Burn Out des cadres de santé

- € Directeur Général
- € Président CME
- € Chef de pôle
- € Directeur des Soins
- € Directeur des Ressources Humaines
- € Psychologue du travail
- € Cadre de santé
- € Cadre supérieur de pôle

Date :2013

Parcours professionnel :

1/ Que représente pour vous Le burn-out/Syndrome d'Épuisement Professionnel à l'hôpital ?

2/ Quels sont les Risques liés au métier de cadre de santé ?

3/ Quels sont les exemples de situations que vous connaissez ?

4/ Quelles actions de préventions estimez-vous réalisables ?

ANNEXE 2 : Profil de fonction de cadre de santé CHa

	NATURE DU DOCUMENT :	CODIFICATION :
Nom du service concerné Direction des Soins	FICHE DE FONCTION CADRE DE SANTE de secteur de soins, médico-technique et de rééducation	VERSION : NOMBRE DE PAGES : 3 Date d'application :

I. OBJET

Définir la fonction du cadre de santé au sein du CH :

- Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations
- Etre en charge de missions transversales

II. PRE-REQUIS

Conditions d'accès à la fonction

- Diplôme professionnel paramédical permettant l'exercice dans l'une des professions paramédicales
- Diplôme de cadre de santé

III. CONTEXTE D'EXERCICE PROFESSIONNEL

- Dans une ou plusieurs unités et dans le cadre de missions transversales

IV. RELATIONS HIERARCHIQUES ET FONCTIONNELLES

1 : Relations hiérarchiques

- Direction des soins
 - Coordonnateur général des soins
 - Directeur des soins
 - Cadres supérieurs de santé

2 : Relations fonctionnelles

- Coordonnateur du pôle
- Chefs de service
- Cadre administratif du pôle

V. MISSIONS

Dans son unité :

1. Organisation des soins ;

2. Animation des ressources humaines ;
3. Communication et relations ;
4. Gestion économique et financière ;
5. Gestion administrative des usagers ;
6. Formation et recherche.

1 - Organisation des soins

1.1 Objectifs de soins

Le cadre de santé élabore les objectifs de soins en cohérence avec le projet de soins établis sur la base du Projet Médical et du Projet de Pôle et d'Etablissement.

1.2 Le cadre de santé assure la sécurité des usagers

- Il est responsable de l'organisation, de la planification, de l'exécution et du contrôle des soins.
- Il organise les activités non médicales en matière de soins en fonction de la charge de travail et des qualifications des personnels.
- Il choisit les moyens de s'approprier la connaissance du suivi des usagers par :
 - o sa participation à la visite médicale de façon hebdomadaire ou tout au plus bihebdomadaire ;
 - o sa participation aux transmissions orales lors des changements d'équipe ;
 - o la consultation des divers supports de soins
- Il réalise la visite quotidienne des hospitalisés.
- Dès l'entrée du patient, en collaboration avec le corps médical et le service social : anticipe et gère les modalités de prise en charge de la sortie.
- Il est promoteur d'une démarche éducative envers les malades et les familles.

1.3 Le cadre de santé est garant de la qualité des soins

- Il garantit la mise en place, l'utilisation et l'évaluation des outils de travail ou de suivi dans le domaine du soin : dossier de soins, protocoles, charge de travail, planification des soins, transmissions ciblées.
- Il organise, coordonne et contrôle la diffusion et la transmission de l'information auprès des médecins, du personnel, des patients, des familles.
- Il favorise l'articulation, la régulation entre activités médicales et para médicales et s'assure de la bonne compréhension et de l'application des prescriptions médicales.
- Il est garant du respect des règles relatives à l'éthique des soins et du secret professionnel.
- Il veille au respect des règles en vigueur et des protocoles ; contrôle la qualité, la sécurité des soins et les activités paramédicales : procédures, protocoles, réalisation d'audits, suivi d'indicateurs.

2 - Gestion des ressources humaines

Le cadre :

- Gère les personnels paramédicaux du service.
- Répartit et gère les ressources et les moyens.
- Identifie et priorise les besoins en formation du personnel, suivi et évaluation
- Anime, mobilise et favorise les motivations de l'équipe.
- Met en place et anime des réunions pour initier et maintenir une dynamique d'équipe au sein du service : au moins une fois tous les 2 mois.
- Participe à la planification des moyens.
- Assure une répartition adaptée du personnel en fonction de la charge de travail.
- Planifie les horaires, les congés, les repos du personnel du service.
- Optimise sa gestion du temps de travail et celle des agents.
- En concertation avec son supérieur hiérarchique : élabore les fiches de poste du service.
- Evalue la compétence professionnelle et le potentiel des agents qui lui sont directement confiés, au regard des différents postes de travail.

- Participe au recrutement et à l'évaluation du personnel et à la promotion des personnels.
- Conçoit et propose des améliorations au niveau des conditions de travail des personnels.
- Gère les situations conflictuelles, en informe le CSS et assure la traçabilité des actions.

3 - Gestion économique et financière

Le cadre :

- Optimise l'utilisation des ressources logistiques allouées au regard des variations de l'activité et des priorités.
- Exploite les tableaux de bord et les indicateurs de l'activité de la gestion économique de l'unité et de la qualité de la prise en charge des usagers.
- S'assure de la bonne utilisation et de la maintenance du matériel, des équipements et des locaux.
- Sensibilise le personnel au suivi des dépenses et suscite les économies possibles.
- Tient à jour les documents de gestion de l'unité : tableau de bord - statistiques d'activités, inventaires.
- Participe à l'élaboration du plan d'équipement.
- S'assure de la sécurité des biens et des locaux.

4 - Gestion administrative des usagers

Le cadre :

- Organise et supervise la gestion administrative des usagers : mouvement des patients, sorties,...
- Prend en compte les données statistiques concernant l'activité du service.

5 - Communication et relations

Le cadre :

- Transmet et met en œuvre les stratégies institutionnelles.
- Participe systématiquement aux réunions et conférences d'encadrement.
- Favorise la communication interne et externe au service.
- Recueille et transmet l'information.
- Anime des réunions d'information et des groupes de travail.
- Etablit et maintient un esprit de cohésion dans l'équipe et avec les hospitalisés et leur famille.
- Collabore avec les prestataires internes et extérieurs de l'établissement.
- Etablit le rapport d'activité paramédicale du service.

6 - Formation - recherche

Le cadre :

- Met en œuvre une veille professionnelle sur l'évolution de la santé, des professions, des techniques et du matériel.
- Elabore et met en œuvre un projet d'accueil, d'intégration et de formation des nouveaux personnels : livret d'accueil, tutorat...
- Actualise ses connaissances professionnelles et suit l'évolution des soins.
- Participe à la recherche en soins.
- Assure ses missions de maître de stage

	DATE	NOM	PRENOM	FONCTION
REDACTION				DS / CSS
VALIDATION				CGDS
VERIFICATION				
APPROBATION				

HERVÉ

Ellen

Décembre 2013

Directeur des Soins

2013

Prévenir l'épuisement professionnel des cadres de santé

Résumé :

Le métier de cadre de santé évolue suite aux réformes hospitalières. Comme le montrent différents rapports et enquêtes ces professionnels sont concernés par le risque de burn-out ou Syndrome d'Épuisement Professionnel. Face à cette situation, le Directeur des Soins a un rôle stratégique dans la mise en œuvre de l'évaluation de ce risque et l'élaboration d'un dispositif permettant de développer la qualité de vie au travail des cadres de santé.

L'étude a été réalisée dans deux Centres Hospitaliers de grande taille dans deux régions distinctes. Une mesure de l'épuisement professionnel des cadres de santé a été réalisée en utilisant le questionnaire Malasch Burn out Inventory (MBI) auprès d'une population de cadres de santé et une série d'entretiens semi-directifs a été conduite auprès de ces derniers ainsi que des cadres supérieurs de pôle, directeurs des soins, directeurs généraux, directeurs des ressources humaines, médecins et psychologue du travail.

Le résultat montre une réalité contrastée du phénomène au moment de la mesure par le questionnaire MBI. Par contre les entretiens mettent en évidence un risque avéré pour les cadres de santé.

Les propositions visant à prévenir ce risque présentées à l'issue de l'étude relèvent d'une impulsion du Directeur de Soins en collaboration avec les différents partenaires institutionnels.

Mots clés :

Cadres de santé- Directeur des Soins- Syndrome d'épuisement professionnel- Burn out- Bien-être au travail- Qualité de vie au travail – Risques psychosociaux.

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.