



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2016**

Date du Jury : **décembre 2016**

**LES PRATIQUES MANAGERIALES DU
CENTRE HOSPITALIER FACE AU
CLIVAGE ADMINISTRATIF-SOIGNANT**

Pauline MICHEL

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame Maud GALLARD AAH – Responsable ressources humaines du personnel non médical qui a su à travers ce stage me faire partager sa pratique professionnelle et ses problématiques quotidiennes. Ce stage aura été vécu comme un véritable partage et une analyse sur la posture et les pratiques professionnelles de l'AAH qui je pense enrichira mon parcours professionnel. Je remercie toute l'équipe de la DRH qui m'ont également chaleureusement accueillie et m'ont soutenu durant ce stage. Cela aura été pour moi un plaisir de travailler au quotidien avec l'équipe.

Je tiens également à remercier avec la même attention tout le personnel des services de soins qui m'ont chaleureusement accueillie et ont su faire preuve d'honnêteté et de transparence tout au long du premier stage d'immersion. Je les remercie également d'avoir accepté de participer aux différents entretiens menés et de m'avoir permis pour certains de les suivre dans leur quotidien. Ces échanges auront été pour moi d'une richesse cruciale car ils m'ont permis de prendre la mesure du mal-être ressenti au sein des services et de m'interroger sur notre pratique professionnelle pour associer au mieux nos collaborateurs des services de soins. J'ai réalisé cette étude afin de ne pas oublier, lorsque j'intégrerai mes fonctions d'AAH et que je serai prise dans mon quotidien, que nos pratiques professionnelles doivent toujours être réinterrogées afin de rester dans une dynamique d'amélioration ouvertes sur l'environnement dans lequel on exerce nos fonctions.

Je remercie aussi particulièrement les différents directeurs ainsi que les cadres de santé, cadre coordonnateur de pôle et cadre de santé des services de soins de leur implication et du temps qu'ils ont accepté de me consacrer pour répondre à mes interrogations.

Je remercie également toute les personnes qui ont accepté d'être interviewés et d'avoir permis d'enrichir cette réflexion, et en particulier :

- Madame Coraline PLUCHON, Directrice des ressources humaines
- Mme Élisabeth GUILLEMAIN, Directrice des soins
- Monsieur Sébastien MESTELAN, Directeur des ressources humaines
- Mme Gaëtane BRAGEUL, AAH – Responsable des finances
- Mme Magali JAOUEN, AAH – Responsable du bureau des entrées
- Mme Catherine PELLETIER, ACH – Adjoint des cadres hospitaliers
- Mme Virginie PELISSE, ACH – Adjoint des cadres hospitaliers

Sommaire

Introduction	1
1 UN CLIVAGE GENERE PAR UNE DEFIANCE AFFIRMEE DES SOIGNANTS ENVERS L'ADMINISTRATION QUI INTERROGE LES PRATIQUES MANAGERIALES ..	5
1.1 Un mal-être général ressenti dans les services de soins qui génère une défiance affirmée du personnel soignant envers l'administration.....	5
1.1.1 Un secteur hospitalier en crise identitaire qui génère une perte de sens pour les équipes soignantes.....	5
1.1.2 Une charge de travail considérée comme toujours plus importante par les équipes soignantes	8
1.1.3 Un climat social particulièrement conflictuel au CHSM qui amplifie la défiance envers l'administration.....	10
1.2 Un mode d'organisation des centres hospitaliers qui complexifie d'autant plus la relation entre les personnels soignants et l'administration.....	12
1.2.1 La FPH : un fonctionnement bureaucratique et un mode managérial hiérarchisé.....	12
1.2.2 Un manque de lien relationnel entre l'administration et les services de soins	15
2 REDUIRE LE CLIVAGE ENTRE ADMINISTRATIF ET SOIGNANT : IMPULSER UNE DYNAMIQUE MANAGERIALE FONDEE SUR LA PARTICIPATION DES ACTEURS DE TERRAINS.....	17
2.1 Une méthodologie de travail fondée sur une analyse des pratiques professionnelles de terrain	17
2.1.1 Une étude réalisée au plus près du terrain pour en définir les contours et en cerner les enjeux.....	17

2.1.2	Les difficultés rencontrées ne doivent pas masquer l'intérêt porté par la direction de réduire le clivage en favorisant les échanges	19
2.1.3	La pratique professionnelle de l'AAH : une méthodologie de travail fondée sur une étroite collaboration avec les cadres de santé.....	21
2.2	Un management participatif à consolider au sein du CHSM appuyé par une méthodologie de travail fondée sur une projection à long terme	22
2.2.1	Une position stratégique pour l'AAH : favoriser les liens de proximité avec les équipes de soins.....	23
2.2.2	Des préconisations stratégiques et opérationnelles afin de réduire le clivage entre administratif et soignant pour parvenir à faire naître une culture commune institutionnelle partagée	24
	Conclusion.....	31
	Bibliographie.....	33
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'Administration Hospitalière
AP : Auxiliaire de Puériculture
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aide-Soignant
ASA : Autorisation Spéciale d'Absence
ASH : Agent de Service Hospitalier
CCP : Cadre Coordinateur de Pôle
CEE : Centre d'Etudes de l'Emploi
CET : Compte Epargne Temps
CH : Centre Hospitalier
CHSM : Centre Hospitalier de Saint-Malo
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CM : Comité Médical
CR : Commission de Réforme
CS : Cadre de Santé
CTE : Comité Technique d'Etablissement
DG : Directeur Général
DH : Directeur d'Hôpital
DHA : Directeur d'Hôpital Adjoint
DRH : Direction des Ressources Humaines
DS : Direction des soins
EPRD : Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses
EPS : Etablissement Public de Santé
ETP : Equivalent Temps Plein
FPH : Fonction Publique Hospitalière
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IADE : Infirmier-Anesthésiste Diplômé d'Etat
IFAS : Institut de Formation d'Aides-Soignants
IFSI : Institut de Formation de Soins Infirmiers
ISGS : Infirmier en Soins Généraux et Spécialisés
OS : Organisation Syndicale
RH : Ressources Humaines
RP : Représentant du Personnel
SAT : Santé Au Travail

T2A : Tarification à l'activité

TPT : Temps Partiel Thérapeutique

Introduction

« Il faut une culture partagée pour une culture du partage »¹. Cette citation de Jean-Yves PRAX montre à quel point il est important d'impulser une dynamique collective pour favoriser le partage d'une culture commune à des pratiques professionnelles différentes.

Le Centre Hospitalier de Saint-Malo (CHSM) est un Établissement Public de Santé (EPS) qui assure des activités d'urgence et de réanimation, de médecine, de chirurgie, de gynécologie obstétrique et de prise en charge des personnes âgées et d'adultes et enfants en santé mentale. A cette fin, le Centre Hospitalier (CH) est composé d'une diversité de catégories de professionnels aux compétences différentes mais complémentaires : principalement des personnels soignants, médicaux, administratifs, et médico-techniques. Il s'agira ici de s'intéresser plus particulièrement à la relation établie entre le personnel administratif et le personnel soignant.

Le personnel soignant (ou dénommé personnel des services de soins) relève du personnel non médical et est constitué principalement : d'aide-soignant (AS), d'infirmier en soins généraux et spécialisés (ISGS), d'agent de service hospitalier (ASH), d'auxiliaire de puériculture (AP), de cadres de santé comprenant les cadres coordonnateurs de pôle (CCP) et les cadres de santé (CS), et d'autres professionnels soignants tels que les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les diététiciennes, les psychologues etc... Le personnel des services de soins représente la principale masse salariale du CHSM avec 1460 ETP (Équivalent Temps Plein) sur 2096 ETP en 2015 soit environ 75% du personnel². Le personnel soignant dispose d'une culture commune principalement fondée sur des valeurs éthiques soignantes mais semble fortement éloigné de la culture administrative hospitalière. Différents rapports publics³ ont mis en exergue que la succession de réformes hospitalières a généré une perte de sens et de repères pour les équipes soignantes.

Le personnel administratif entendu au sens de « l'Administration » représente en réalité pour le personnel soignant la direction dans son ensemble. Sont considérés comme personnel administratif : les directeurs d'hôpitaux (DH) (directeur général (DG) et directeur adjoint des directions fonctionnelles (DHA) et les différents responsables exerçant pour la direction dont les attachés d'administration hospitalière (AAH) assimilés par la majorité du

¹Jean-Yves PRAX, *le Manuel du Knowledge Management*, DUNOD

²Bilan social 2015 du Centre Hospitalier de Saint-Malo, Direction des ressources humaines

³D. Toupillier, M. Yahiel, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines des établissements publics de santé*, 2011

Rapport « L'hôpital », IGAS 2012

J. Métais, M. Thierry, *Contrôle de la prévention des risques psychosociaux au CHRU de Lille*, Rapport IGAS, juin 2012

Centre d'études de l'emploi, *L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes*, Connaissance de l'emploi, janvier 2014

personnel soignant à des adjoints de direction. Les DH ainsi que les AAH sont recrutés dans la Fonction Publique Hospitalière (FPH) par voie de concours administratif et disposent quant à eux d'une culture administrative fondée sur une dimension juridique, économique et politique.

Cette culture professionnelle relevant de profils purement administratifs paraît être en décalage avec la culture soignante et génère ainsi des incompréhensions, des mésententes et des conflits créant une « frontière de l'échange » entre deux corps pourtant complémentaires et indispensables pour le fonctionnement du CH. Le manque d'appropriation des enjeux liés à des cultures professionnelles différentes semble accentuer le clivage qui constitue dès lors un cloisonnement entre les services administratifs et les services soignants. Toutefois, dans le cadre de cette étude, il sera indispensable de parvenir à délimiter et définir le degré du cloisonnement (s'il en existe un) et de savoir précisément à quel niveau il se situe.

La question du clivage et du cloisonnement entre personnels administratif et soignant ne peut être abordée sans prendre en considération la situation particulièrement complexe dans lequel s'inscrit le CHSM.

En janvier 2011 le CHSM a intégré et est devenu l'établissement siège de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Rance Émeraude regroupant également le CH de Dinan et le CH de Cancale. Conformément à la réglementation, depuis le 01 juillet 2016 la CHT est devenue un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) où le CHSM est resté l'établissement siège. Toutefois, il est important de préciser que sur la région Bretagne, le CHSM est le seul établissement siège d'un GHT à être déficitaire. En effet, il présente depuis de nombreuses années un déficit structurel important qui a conduit l'Agence Régionale de Santé (ARS) à engager l'établissement dans un contrat de retour à l'équilibre depuis 2008. Ce contexte contraint le CHSM à une meilleure maîtrise des dépenses, qui doit se concrétiser par une réorganisation des services de soins et une diminution des effectifs.

En parallèle, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et de l'État des Prévisions de Recettes et de Dépenses (EPRD) ont conduit les CH à assurer un pilotage financier par les recettes. Il devient un enjeu vital pour l'établissement d'accroître son activité pour favoriser ses recettes. Selon l'étude réalisée en Janvier 2014 par le Centre d'Études de l'Emploi (CEE), cette situation génère auprès du personnel soignant une

« *perception d'accentuation des contraintes* »⁴ : « *lorsque l'accroissement de l'activité est plus rapide que celui des professionnels soignants, l'intensification du travail, ..., poursuit sa progression. Cette logique productiviste conduit à mettre le travail sous tension.* »⁴. Ces éléments contribuent fortement à dégrader davantage le climat social de l'établissement et renforcent d'autant plus le clivage entre administratifs et soignants. Il se crée ainsi un cloisonnement, entre les administratifs d'un côté et les soignants de l'autre, pouvant être considéré comme « *deux mondes qui ne peuvent se rejoindre* »⁵.

C'est pourquoi, dans le cadre de l'actualisation du Document Unique des Risques Professionnels (DURP), la direction des ressources humaine a diligenté en août 2013 un audit externe⁶ afin d'établir un diagnostic détaillé sur l'évaluation des risques psychosociaux du personnel qui a mis en exergue les différentes sources de tension dont en particulier : un manque de communication général et une perte de valeurs pour les soignants « *on sent qu'il s'agit de rentabilité : le patient est un client* » « *on parle de gestion, mais non plus de soins* »⁶. Par ailleurs, il a également été identifié une charge de travail ressentie par l'ensemble des agents comme importante, incluant des tâches administratives et charges annexes ainsi qu'une instabilité dans l'équipe de direction qui peut être source d'inquiétude et impacte le fonctionnement, l'adaptabilité et l'organisation des équipes concernées.

D'une manière plus générale, les EPS doivent parvenir à concilier des contraintes opposées, souvent perçues et perceptibles, comme des paradoxes incompatibles qui créent des frontières entre l'exercice soignant et la gestion administrative d'un établissement. Le climat social devient alors sous tension avec en conséquence des effets délétères sur les différents projets menés. De par son positionnement de cadre intermédiaire, l'AAH assure un rôle relais entre la direction et les équipes soignantes en partenariat étroit avec les cadres de santé (CCP et CS). Il peut ainsi faire remonter les problématiques et, de par sa proximité « avec le terrain », il joue un rôle essentiel pour parvenir à faire comprendre aux personnels les enjeux et les choix de stratégie de la direction. La communication sous toutes ses formes, la vulgarisation des termes complexes employés en gestion (finances, RH), et la collaboration de proximité, semblent être les qualités à renforcer pour parvenir à créer un climat de changement avec ses différentes phases de progression : l'acceptation, l'attention puis l'estime. De plus, s'il existe une forme de cloisonnement au sein de l'établissement entre le personnel soignant et administratif, il peut potentiellement représenter un frein à la pratique des missions de l'AAH.

⁴Centre d'études de l'emploi, *L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes*, Connaissance de l'emploi, janvier 2014

⁵Entretien auprès d'un cadre de santé lors du stage d'observation dans les services de soins

⁶Evaluation des risques psychosociaux – CH St Malo, Initiatives prévention, août 2013

Si la problématique du clivage est bien une réalité et n'est pas à démontrer, ses raisons, ses effets, son degré, sa tendance en terme d'évolution, et son niveau de réciprocité sont autant d'éléments qui nécessitent d'être appréhendés puis évalués.

Ainsi plusieurs hypothèses peuvent être émises lesquelles seront à la suite infirmées ou confirmées par les enquêtes et entretiens semi directifs réalisés au cours du stage. L'hypothèse de départ émise est que le clivage est total et réciproque entre les personnels soignants et administratifs, et qu'il génère un cloisonnement contre-productif qui va à l'encontre même des objectifs d'efficience et d'amélioration de la qualité au sens large du terme tant recherchés par l'établissement. La seconde hypothèse émise, est que l'organisation et le mode de fonctionnement de l'établissement renforce un clivage déjà existant envers l'administration, lié entre autre au mal-être ressenti suite à la mouvance des réformes hospitalières, qui interroge par conséquent les pratiques managériales de l'établissement.

La prise de conscience de l'établissement de ce cloisonnement entre ces services, aux cultures et missions différentes mais qui doivent œuvrer à l'unisson pour atteindre un même objectif commun, celui «d'améliorer l'efficience, et la qualité des soins », a conduit à la mise en place de plusieurs actions et mesures qui méritent d'être analysées.

Ces actions et mesures reposent sur un certain nombre de questionnements dont les plus significatifs sont les suivants : Par quels moyens sont associés les personnels soignants aux prises de décision et aux choix stratégiques mis en œuvre par la direction ? Existe-t-il une véritable concertation entre les acteurs ? Comment est-elle mise en œuvre, par le biais de quelles instances et sur quelle méthodologie de travail ? Enfin, si le clivage entre administratif et soignant est indiscutable, il peut sembler pertinent de se demander dans quelles mesures un AAH peut contribuer à le réduire, à comprendre et à faire comprendre les enjeux et les contraintes de chacun, liées à leurs activités différentes, pour parvenir à les concilier et contribuer ainsi au bon fonctionnement de l'établissement ?

S'il existe au sein du CHSM un clivage marqué entre l'administration et les soignants, dont les causes semblent être multiples et complexes, celui-ci conduit à s'interroger sur les pratiques professionnelles managériales mises en œuvre (I). Toutefois, pour réduire ce clivage, il s'avère essentiel de parvenir à impulser une dynamique managériale fondée sur la participation des acteurs de terrain (II).

1 UN CLIVAGE GENERE PAR UNE DEFIANCE AFFIRMEE DES SOIGNANTS ENVERS L'ADMINISTRATION QUI INTERROGE LES PRATIQUES MANAGERIALES

Il existe au sein du CHSM, comme il semble exister dans d'autres établissements similaires, une forte défiance affirmée des services de soins envers l'administration. Celle-ci est intrinsèquement liée au mal-être général ressenti au sein des services de soins. Cette défiance semble tellement forte qu'elle est perçue par le personnel soignant comme un clivage infranchissable entre le milieu soignant et le milieu administratif créant ainsi deux mondes totalement distincts (1.1). Pour autant, il semble également que le mode d'organisation et le fonctionnement très hiérarchisé et bureaucratique de l'hôpital soit difficilement perceptible par les soignants, ce qui tend à distancier d'autant plus la relation entre le personnel soignant et l'administration (1.2).

1.1 Un mal-être général ressenti dans les services de soins qui génère une défiance affirmée du personnel soignant envers l'administration

Lors du stage « blouse blanche », il a pu être observé, à plusieurs reprises et dans différents services, un mal-être général ressenti auprès du personnel soignant qui crée une forme de défiance et de rejet de l'administration et de ce qu'elle représente. Cette défiance ressentie sous-tend au contexte particulier du secteur hospitalier qui traverse une crise identitaire sans précédent (1.1.1). Un accroissement de la charge de travail perçue comme importante pour le personnel soignant (1.1.2), un climat social particulièrement conflictuel et délétère (1.1.3) sont autant d'éléments qui affectent l'ensemble du personnel des services de soins et peuvent aller jusqu'à engendrer un clivage entre administratif et soignant formant ainsi une frontière qui semble alors infranchissable.

1.1.1 Un secteur hospitalier en crise identitaire qui génère une perte de sens pour les équipes soignantes

Les valeurs de l'hôpital sont anciennes et solidement ancrées dans son histoire. Elles sont le fruit de plusieurs siècles : œuvre de charité au Moyen Age, œuvre de

bienfaisance durant la Renaissance, l'hôpital devient un centre de soins au XXe siècle. Cette évolution historique explique que les valeurs soignantes reposent principalement sur le « prendre soin de », « *sur la solidarité et le respect de l'autre (patient, collègue ou collaborateur) et la dimension humaine et sociale de toute l'activité.* »⁷. Cette culture est d'ailleurs fortement cultivée par les centres de formations du personnel paramédical dont relève le personnel soignant, tel que les Instituts de Formation de Soins Infirmiers (IFSI) ou les Instituts de Formation d'Aides-Soignantes (IFAS). Selon un cadre de santé du CHSM, « *Les IFSI jouent un rôle d'enculturation en inculquant « la culture du soin » qui est le nœud de cette formation. Elle cultive une adhésion exclusive aux valeurs de soins fondées sur la bienveillance. Il est vrai que cela peut être perçu comme sectaire, à la base les hôpitaux étaient des hospices issus des congrégations religieuses.* »⁸.

Par ailleurs, selon certains cadres de santé du CHSM et la Directrice des ressources humaines, il existe également une « *très forte influence des médecins sur les soignants* »⁹. Sachant que le corps médical construit principalement son identité selon sa spécialisation et le service dans lequel il exerce, il existe une identification à une culture professionnelle propre à chaque service et à laquelle s'identifie également le personnel soignant. Dès lors, s'il existe des jeux de pouvoir entre les différents médecins et entre les médecins et l'administration, ceux-ci auront une influence directe auprès des soignants.

Depuis une dizaine d'années, le contexte économique a conduit les pouvoirs publics à parvenir à une meilleure maîtrise des dépenses de santé qui s'est traduite par un accroissement des réformes hospitalières. L'hôpital public doit parvenir à s'adapter à ce contexte et ainsi repenser ses pratiques professionnelles. L'accumulation des réformes (réorganisation du fonctionnement de l'hôpital, des services de soins et des modes de prises en charge) a fait de l'hôpital un terrain mouvant, instable et source de stress pour les soignants.

En février 2013, le rapport d'Édouard Couty « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* » évoquait déjà une forte crise identitaire marquée dans le secteur hospitalier : « *Aujourd'hui, une perte de confiance affecte l'ensemble du secteur. Tout au long de la concertation, ce diagnostic a été largement partagé. En une dizaine d'année, l'hôpital public a perdu progressivement ses repères, à l'instar de très nombreux professionnels qui y travaillent. ... De plus, les réformes se sont succédées les unes aux autres à un rythme accéléré. ... Les hospitaliers de terrain ne perçoivent pas le but de ces réformes. Aucun cap n'est*

⁷Rapport Edouard Couty, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* », Février 2013

⁸Entretien auprès d'un cadre de santé du CHSM

⁹Entretiens réalisés auprès de la directrice des ressources humaines, des cadres coordinateurs de pôle et des Cadres de santé du CHSM

réellement donné. Seules émergent les tentatives de maîtrise de la dépense d'assurance-maladie, insuffisamment expliquées et le plus souvent mal reçues par des professionnels déconcertés. »¹⁰.

Dans le cadre de l'évaluation des risques psychosociaux conduit par un intervenant extérieur, il a été identifié, avec un niveau de risque évalué à 8 (sur une échelle de 1 à 12) comportant des « *facteurs importants et permanents de stress, de nombreux salariés concernés, à traiter en priorité* », un « *changement vécu « des valeurs »* » qui « *peut être source de tensions « on sent qu'il s'agit de rentabilité : le patient est un client* », « *on parle de gestion, mais non plus de soin* » »¹¹.

En parallèle, le rapport d'Edouard Couty a mis en exergue que « *les contraintes de la gestion, le mode d'organisation, ont conduit à deux approches différentes de l'hôpital :*

- *Une approche strictement économique et gestionnaire qui priorise le volume d'activité et le résultat budgétaire annuel ;*
- *Une approche strictement professionnelle et traditionnelle, qui rejette le primat des contraintes budgétaires et exprime parfois une nostalgie des anciennes pratiques. »¹⁰*

Le développement progressif de ces deux approches totalement distinctes sont perçues et perceptibles par l'ensemble du personnel soignant comme incompatible et en opposition. Il se crée ainsi un choc culturel entre ces deux approches qui génère de fortes incompréhensions et un clivage marqué entre l'administration et les soignants. Ces deux mondes sont alors perçus comme « *ne pouvant se rejoindre : nous ne nous comprenons pas, nous ne parlons pas le même langage, nous n'avons pas fait les mêmes choix professionnels et nous n'avons pas les mêmes appétences. C'est difficile de se comprendre, c'est vraiment deux mondes à part* »¹².

Les incompréhensions se créent également parce que « *les priorités ne sont pas les mêmes : à l'admission d'un patient, par exemple, la priorité sera pour un administratif l'identification du patient, la saisie des informations dans le dossier patient... alors que pour le soignant l'état de santé du patient sera sa priorité. Les deux parlent un langage totalement différent qui crée un fossé et une frustration des deux côtés. »¹³. Pour l'AAH responsable du personnel, « *le clivage entre l'administration et les soignants est lié au fait**

¹⁰Rapport Edouard Couty, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* », Février 2013

¹¹Évaluation des risques psychosociaux – CH St Malo, Initiatives

¹²Entretien auprès d'un personnel soignant en reclassement sur des fonctions administratives du CHSM

¹³Entretien réalisé auprès d'un cadre de santé du CHSM

que nous n'avons pas la même culture ni les mêmes objectifs »¹⁴. En effet, l'AAH est issu d'une culture administrative ayant suivi une formation financière ou juridique alors que les soignants ont choisi d'exercer des fonctions soignantes et non administratives, donc « il est normal et on ne peut reprocher aux soignants de considérer que la gestion administrative ne les concerne pas, on ne me demanderait pas à moi administratif de faire du soin. »¹⁵

Un(e) des ISGS rencontré(e) lors du stage « blouse blanche » a évoqué que ce qui pouvait lui faire peur, « *c'est que les personnels de directions (DH et AAH) sont du personnel non issu du milieu médical et soignant et qu'ils sont amenés à prendre des décisions sans en comprendre leurs portées sur le terrain* »¹⁶, (exemple donné de suppression de lits dans les services alors que des patients attendent sur listes d'attente ou sont hospitalisés dans les couloirs). Lors de l'entretien collectif conduit auprès d'un service du CHSM, le personnel soignant a pu relater : « *On assiste à une industrialisation du soin qui ne correspond pas à ce que c'est que de soigner, on peut industrialiser des boîtes de conserve oui, mais pas des personnes. On a l'impression de travailler à la chaîne ou de faire un travail d'abatage.* »¹⁷.

1.1.2 Une charge de travail considérée comme toujours plus importante par les équipes soignantes

La mise en place de la T2A et de l'EPRD est parvenue à relier les moyens budgétaires et financiers à l'activité en incitant ainsi les EPS à devenir « efficaces ». Ceci signifie qu'ils doivent accroître leur activité tout en minimisant leur dépense. Selon la récente étude du CEE, « *accroître les recettes suppose de maximiser l'activité en répondant à la demande de soins, tout en se spécialisant dans les domaines où l'établissement est le plus rentable. Il faut également minimiser les dépenses, et notamment celles de personnel qui en représentent environ les deux tiers.* »¹⁸. Elle explique également que « *cette mise sous tension des effectifs n'est cependant pas imputable à la seule T2A, puisque dans les établissements en déficit, les contrats de retour à l'équilibre financier visent également à réduire les coûts tout en augmentant l'activité. Mais il est difficile de séparer ces différents éléments tant ils sont imbriqués. La mise en place de la T2A et de l'EPRD a eu pour effet de révéler des situations de déficit structurel, d'où la multiplication des hôpitaux publics déclarés déficitaires, même si ces déséquilibres se sont réduits puis stabilisés depuis 2008.*

¹⁴Entretien réalisé auprès de Mme GALLARD, AAH, responsable du personnel

¹⁵Entretien réalisé auprès de Mme JAOUEN, AAH, Responsable du bureau des entrées

¹⁶Entretien avec ISGS réalisé dans le cadre du stage « blouse blanche »

¹⁷Entretien collectif conduit auprès de plusieurs professionnels soignants d'un service du CHSM

¹⁸Centre d'études de l'emploi, *L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes*, Connaissance de l'emploi, janvier 2014

Les dirigeants sont alors incités à faire évoluer l'organisation pour diminuer les effectifs »¹⁸.

Dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre du CHSM, le taux de remplacement ne peut excéder les 50% (50,23% pour 2015) alors que le taux d'absentéisme atteint les 9,29% pour le personnel soignant en 2015 contre 8,88% pour l'ensemble du personnel¹⁹. Selon la Directrice des ressources humaines du CHSM, « *le non-remplacement des agents devient notre unique variable d'ajustement, même si l'on sait pertinemment qu'elle est néfaste puisqu'elle contribue à dégrader des conditions de travail déjà difficiles pour le personnel soignant et continuent ainsi à alimenter l'absentéisme. C'est un cercle vicieux, mais malheureusement elle reste notre unique variable d'ajustement avant de parvenir à réorganiser les services de soins et à développer l'offre ambulatoire.* »²⁰.

Ceci a pour conséquence de limiter les remplacements et conduit nécessairement à rappeler les agents en congé, en repos ou en récupération afin d'assurer la continuité du service en l'absence de personnel dans le service et du non-remplacement. Ceci impacte directement la vie privée des agents des services de soins. Lors du stage d'observation dans les services de soins, une réunion de service relative à l'organisation des congés d'été (suite à la note interne de la DRH) a suscité de fortes réactions de la part des soignants à l'encontre du cadre de santé se plaignant de leurs conditions de travail et menaçant de refuser tous remplacements en cas d'absence des collègues en justifiant :

- Des difficultés rencontrées pour prendre leurs congés : précisant que les congés de l'année précédente n'étaient toujours pas soldés et que par conséquent ils allaient être perdus puisqu'ils ne peuvent ni être pris, ni être payé, ni être mis en totalité sur le Compte Épargne Temps (CET).
- Que les conditions d'octroi des congés proposées par la DRH complexifient la prise de congé avec le conjoint
- Qu'ils ne sont pas remplacés et sont constamment rappelés en cas d'absence pour remplacer les collègues

Il est vrai que ce clivage se ressent également pour l'AAH responsable du personnel pour qui « *le premier clivage entre l'administration et les soignants, concerne le remplacement* »²¹. Ceci s'explique notamment par la contrainte financière qui pèse sur les ressources humaines, où les remplacements ne peuvent pas être systématiques. L'AAH assure le relais entre la décision de la direction et les demandes émanant des services de soins, ce qui peut être source de conflits et représente en tout cas « *un point de*

¹⁹Données issues du bilan social 2015 du Centre Hospitalier de Saint-Malo, Direction des ressources humaines

²⁰Entretien réalisé auprès de Mme PLUCHON, Directrice des ressources humaines du CHSM

²¹Entretien réalisé auprès de Mme GALLARD, AAH, responsable du personnel

crystallisation entre l'administration et les services de soins »²¹ qui peut aller jusqu'à une certaine forme « d'agressivité »⁷ et rendre la collaboration avec les services de soins complexe, « même si ceci est loin d'être une généralité »²¹.

En parallèle, il a également été identifié dans le cadre de l'évaluation des risques psychosociaux une « *charge de travail ressentie comme importante, incluant des tâches administratives et charges annexes, notamment liée à des contraintes temporelles, nombreuses tâches en même temps, cumul de missions sans allègement « ailleurs », travail dans l'urgence, interruptions, reporting, sentiment de manque d'anticipation, répartition de travail pas toujours perçue comme équitable, glissement de tâches, source de stress, fatigue et risque d'erreurs augmenté »²². Le niveau de risque a été évalué au maximum : 12 sur une échelle de 12. Dans le cadre des différents entretiens réalisés, la charge de travail relative aux différentes tâches administratives demandées aux ISGS a été évaluée à l'unanimité « *entre 20 à 25% »²³, ce qui leur semble « énorme »²³. De plus, avec un niveau de risque un peu moins élevé évalué à 9/12 mais qui comporte toutefois des « *facteurs importants et permanents de stress, de nombreux salariés concernés, à traiter en priorité »²⁴, il a été identifié des « *pauses pas toujours respectées par manque de temps, source de tension et d'épuisement... Rappel résultats questionnaires (780 réponses) : 47% n'ont pas le temps et conditions satisfaisantes pour la prise de repas. »²⁴.****

1.1.3 Un climat social particulièrement conflictuel au CHSM qui amplifie la défiance envers l'administration

Il est vrai que le CHSM présente un climat social particulièrement conflictuel, entre la direction et les organisations syndicales (OS). En 2015 par exemple, il a été comptabilisé 283 journées de grève au CHSM dont un taux de mobilisation pouvant atteindre les 100% pour une journée de grève touchant les Infirmiers-Anesthésistes Diplômés d'état (IADE)²⁵. Il aurait pu être intéressant d'avoir en comparaison des statistiques nationales, toutefois ce type de données semble peu accessible. Il semblerait pourtant essentiel, en particulier dans le secteur de la FPH de parvenir à évaluer des indicateurs relatifs aux climats sociaux des différents établissements publics.

Ce contexte se traduit également par des négociations virulentes entre la direction et les OS dans le cadre des instances concernées pouvant aller jusqu'au renoncement de

²²Évaluation des risques psychosociaux – CH St Malo, Initiatives prévention, août 2013

²³Entretien collectif conduit auprès de plusieurs professionnels soignants d'un service du CHSM

²⁴Évaluation des risques psychosociaux – CH St Malo, Initiatives prévention, août 2013

²⁵Annexe 9 : Etat des grèves 2015 du CHSM

certaines projets. Dans le cadre du stage et de la découverte des différentes instances consultatives du CHSM, le Comité Technique d'Établissement (CTE) a été consulté pour émettre un avis relatif à la convention constitutive du GHT qui devait normalement être contractualisée et transmise à l'ARS pour le 01 juillet 2016. La négociation a été on ne peut plus virulente et n'a pu se réaliser avant le 05 juillet 2016 :

- Après une première présentation du projet de convention aux différents membres du CTE, le vote n'a pu avoir lieu par manque de quorum ;
- Un CTE Extraordinaire, prévu pour une durée d'une heure, a donc été réuni par la suite : le vote n'a pas pu avoir lieu suite à une « déclaration liminaire » d'une des OS, durant 50 minutes, lisant l'intégralité de la Décision du défenseur des droits MLD 2016-117 du 24 mai 2016 sur le droit à notation des agents en congé maternité empêchant ainsi le vote ;
- Un troisième et dernier CTE en date du 05 juillet a été organisé afin de procéder au vote. Au vu du contexte, la Direction Générale a fait intervenir un huissier de justice afin que le vote puisse se faire dans le respect de la réglementation.

Par ailleurs, sur la volonté générale de l'ensemble du personnel du service de réanimation, il a été proposé de mettre en place une organisation du temps de travail sur douze heures. Malgré l'adhésion au projet de l'ensemble du personnel et de la direction, il a toutefois été rejeté par une des OS principalement pour deux raisons : la première, parce qu'une organisation en douze heures pose le problème de la transmission entre les équipes, il faudrait en réalité des roulements de 12h15 ou 12h30 pour permettre aux équipes les échanges nécessaires. Or ce type de roulement ne respecte pas les temps de repos obligatoires de 12h minimum. L'OS a par conséquent « *menacé la direction de faire un recours en contentieux, ce qui aurait été extrêmement coûteux pour l'établissement et les chances d'obtenir gain de cause semblaient trop faible.* »²⁶. La seconde raison était que « *cela ne correspondait pas aux orientations nationales données par les sièges des OS : il ne s'agit pas en réalité de l'intérêt des agents mais bien de jeux de pouvoirs et de rôles entre la direction et les OS.* »²⁷ qui freinent les négociations et réduisent ainsi les marges d'actions de la direction. Il est vrai que dans un contexte de tension sociale particulièrement fort à l'hôpital, l'influence du climat social a tendance à renforcer la défiance des personnels de soins envers l'administration jusqu'à pouvoir générer un clivage relativement fort entre administration et soignant.

S'il peut être affirmée, dès les premiers constats, que le mal-être général ressenti dans les services de soins semble générer une forte défiance des soignants envers

²⁶Entretien réalisé auprès de Mme PLUCHON, Directrice des ressources humaines du CHSM

²⁷Entretien réalisé auprès d'un cadre de santé du CHSM

l'administration et plus précisément envers la direction et ses représentants. Il semble également que le mode d'organisation du centre hospitalier soit d'une part, complexe à appréhender pour les soignants mais d'autre part, qu'il complexifie d'autant plus les liens entre les services de soins et l'administration.

1.2 Un mode d'organisation des centres hospitaliers qui complexifie d'autant plus la relation entre les personnels soignants et l'administration

En parallèle au mal-être général ressenti dans les différents services de soins, il a également pu être identifié, au cours de cette étude, une difficulté récurrente pour le personnel soignant de s'approprier un mode d'organisation perçu comme très « bureaucraté » et « hiérarchisé » (1.2.1) qui distancie d'autant plus une relation déjà complexe entre soignant et administratif (1.2.2).

1.2.1 La FPH : un fonctionnement bureaucraté et un mode managérial hiérarchisé

Au cours des différents entretiens conduits auprès des professionnels soignants il a pu être relaté, d'une manière récurrente et ce à tous les niveaux de l'enquête, une complexité pour le personnel à s'approprier le mode d'organisation et de fonctionnement de l'établissement. Ce phénomène n'est pas nouveau puisque dans le cadre du rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital déposé à l'Assemblée Nationale le 19 mars 2003 par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, il avait été identifié que « *le fonctionnement de l'hôpital était de plus en plus marqué par une lourde bureaucraté... néfaste à son bon fonctionnement. Cette bureaucraté, imputable à des causes externes à l'hôpital, se traduit concrètement par une inflation des textes et des circulaires, des formulaires à remplir et des réunions.* »²⁸.

Il est vrai que pour l'AAH, responsable du personnel, ce clivage se ressent aussi dans le suivi des dossiers des agents lié à la protection sociale (suivi des arrêts du personnel et passage des dossiers en comité médical (CM) ou commission de réforme (CR)) pour qui la lourdeur administrative et l'incompréhension de certaines décisions est subie par l'établissement, c'est-à-dire, à la fois par les agents concernés mais aussi par

²⁸Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital déposé à l'assemblée nationale le 19 mars 2003 par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales

l'administration. « *Le personnel en réfère alors à leur cadre qui me contacte pour comprendre la situation de l'agent qui, par exemple, n'aurait pas pu reprendre en temps partiel thérapeutique (TPT) alors qu'il en avait fait la demande. Les agents pensent que ce type de décision prend 3 jours alors qu'en réalité il y a un délai de 3 mois pour passer les dossiers en CM ou CR. Je suis par conséquent obligée de passer beaucoup de temps à expliquer les démarches administratives et à faire comprendre les enjeux pour l'établissement* »²⁹.

Lors des différents entretiens, il a été identifié un manque d'identification des membres de l'équipe de direction dans son ensemble : « *Qui fait quoi ? On ne comprend pas : entre la direction des soins, la direction des ressources humaines, par exemple, et à l'intérieur même des services. Il faudrait parvenir à clarifier tout ça, c'est trop confus pour les équipes* »³⁰. Si par exemple on observe comment est identifié le corps des AAH au sein du CH, il est vrai qu'il est très mal identifié par les services de soins, si certains attachés sont bien repérés par les professionnels soignants, ils le sont au titre de leur fonction en qualité par exemple de responsable du personnel, de la formation ou du bureau des entrées. Lors du stage d'observation, certains cadres de santé ont dû consulter le site intranet du CHSM curieux de savoir qui étaient les AAH et quels étaient leurs fonctions. Toutefois, « *pour le personnel soignant les AAH sont assimilés à des adjoints de direction et sont identifiés uniquement en fonction des fonctions qu'ils occupent.* »³¹. Il est vrai que toutes les fonctions d'AAH ne nécessitent pas forcément de lien étroit avec les services de soins, comme c'est le cas pour la responsable des finances du CHSM qui pour sa part « *n'a quasi aucun lien avec les services de soins, leur budget étant englobé dans le budget principal de l'établissement (budget H)* »³². Dès lors que les fonctions ne nécessitent pas forcément une étroite collaboration entre les services administratifs et les services soignants, il se crée ainsi une zone d'ombre où l'absence de mise en commun génère une méconnaissance et une mauvaise appropriation des enjeux respectifs créant ainsi des incompréhensions et un climat suspicieux.

Concernant plus particulièrement la conduite de projets au sein du CHSM, il a pu être repéré différentes problématiques relatées lors des entretiens conduits, dont en particulier un problème d'instabilité dans l'équipe de direction³³ qui freine la continuité des projets et donne une impression d'absence de pilotage de projet. Il est vrai que dans le cadre de la réalisation des missions de stage lors du remplacement de l'AAH responsable

²⁹Entretien réalisé auprès de Mme GALLARD, AAH, Responsable du personnel

³⁰Entretien réalisé auprès d'un cadre coordinateur de pôle

³¹Entretien réalisé auprès de Mme JAOUEN, AAH, Responsable du bureau des entrées

³²Entretien réalisé auprès de Mme BRAGEUL, AAH, Responsable des finances

³³Annexe 8 : liste des directeurs de la CHT et du CHSM de 2012 à 2016

du personnel et en l'absence du directeur des ressources humaines, il a été demandé par la directrice déléguée de prendre le relais sur deux appels à candidature de l'ARS, un sur le « Contrat local d'amélioration des conditions de travail en EHPAD » et le second sur l'« accès au service de santé au travail ». Dans un contexte de changement de direction à la DRH durant la période de réalisation des projets, il n'a pas pu être identifié de manière précise de « chef de projet ». Il en résulte qu'aucune méthodologie de travail n'avait été mise en place alors que l'ARS, dans le cadre du montage de projet, exigeait une méthodologie de travail fondée sur la concertation des différents acteurs. Or toute concertation implique nécessairement un délai de réalisation pour la conduite du projet qui ne peut se faire en 3 ou 4 semaines et nécessite d'être anticipée. Toutefois, il faut savoir que *« les délais imposés par l'ARS pour répondre aux appels à candidature sont relativement courts et coïncident quasiment toujours avec la période des congés d'été »*³⁴. En effet, le mail de l'ARS a été envoyé mi-juin pour une réponse courant septembre. Ces méthodes de travail permettent à l'ARS de limiter la réception des demandes et de minimiser les demandes de financement. Selon un cadre de santé du CHSM, il existe deux méthodes pour obtenir les informations :

- *« Attendre que l'information nous soit délivrée par les tutelles locales, dans un tel cas, l'établissement sera contraint par le temps : il s'agit du fonctionnement classique de la FPH, c'est-à-dire une information descendante et très lente (lenteur de l'information à descendre de Paris à Rennes ; puis de Rennes à St Malo ; puis des autorités locales au CHSM et enfin du CHSM aux services)*
- *Aller à la source en effectuant une veille : il s'agit d'être dans une démarche anticipatrice permettant de se donner le temps de s'approprier les projets, de réfléchir les problèmes plutôt que d'agir toujours à chaud. »*³⁵

Pour finir, lors des différentes enquêtes de terrain, il a également pu être identifié une absence de transversalité dans la conduite des projets qui serait liée au mode d'organisation du CHSM. Pour un des cadres coordinateurs de pôle *« la mise en place des pôles n'a pas favorisé la transversalité : on fonctionne toujours d'une manière très cloisonnée et en particulier la direction qui fonctionne en tuyau d'orgue, il n'y a pas de transversalité entre les directions même sur des dossiers communs. »*³⁶. Toutefois, cette absence de transversalité interroge également les modes de concertation des équipes et en particulier dans un établissement public de santé puisque la taille et la dimension des équipes complexifient d'autant plus leur implication. S'il est vrai que le management

³⁴Remarque formulée par Mme KERNEIS, Directrice déléguée du CHSM

³⁵Entretien réalisé auprès d'un cadre de santé

³⁶Entretien réalisé auprès d'un cadre coordinateur de pôle

participatif a pu faire son essor au sein du secteur social et médico-social, et en particulier dans le secteur associatif, il semble essentiel de rappeler qu'il est en effet plus facile de faire participer entre 50 à 100 salariés que plus de 2000 salariés.

1.2.2 Un manque de lien relationnel entre l'administration et les services de soins

C'est en effet lors du stage d'observation dans les services de soins du CHSM qu'un clivage fortement marqué et affirmé des services de soins envers l'administration s'est fait ressentir. Ce clivage a pu être également repéré dans le cadre de l'évaluation des risques psychosociaux réalisé en août 2013 qui identifie « *un sentiment de manque de proximité de la direction sur le terrain, sentiment de manque d'intérêt / reconnaissance* »³⁷, il est précisé en exemple « *un clivage des services ressenti* ». Il se traduit également par la surprise des équipes soignantes de voir du personnel de l'administration « *descendre dans les services de soins* »³⁸ comme ils l'ont exprimé à plusieurs reprises et dans différents services rencontrés. Les équipes soignantes ont toutes été ravies et désireuses de partager avec l'administration la réalité de leur quotidien, de montrer leurs conditions de travail : charge de travail et complexités quotidiennes à gérer, et de faire part de certains souhaits qui permettraient d'améliorer leurs conditions de travail, comme par exemple l'aménagement d'une salle de pause évoqué dans plusieurs services. Les équipes se sont saisies de ce moment de partage pour exprimer leur mécontentement lié notamment au manque de présence sur le terrain des membres de la direction et des différents responsables administratifs.

L'image qui est renvoyée de la direction aux services de soins est alors dégradée et perçue, comme cela a pu être relaté lors de l'entretien collectif mené auprès d'un des services soignants du CHSM, lorsqu'un « *directeur vient dans le service et s'étonne de voir 4 à 5 patients dans le couloir, alors qu'en réalité c'est souvent jusqu'à 17 personnes qui sont dans le couloir : cela prouve que les directeurs ne savent pas ce qui se passe dans leur établissement, ni comment ça fonctionne au sein d'un service de soins, ni la complexité de nos métiers et de nos quotidiens (agression de patient, violence, bruit...).* Cela prouve que l'administration ne se rend pas compte de la charge de travail.»³⁹.

Pour autant, certains directeurs s'étonnent toujours d'entendre la même remarque : « *Peut-être n'y sommes-nous effectivement pas assez, mais nous y allons. Personnellement si je dois régler une situation je préfère me déplacer dans le service concerné* »⁴⁰.

³⁷Évaluation des risques psychosociaux – CH St Malo, Initiatives prévention, août 2013

³⁸Entretiens réalisés auprès de différents professionnels soignants rencontrés lors du stage « blouse blanche »

³⁹Entretien collectif conduit auprès de plusieurs professionnels soignants d'un service du CHSM

⁴⁰Entretien réalisé auprès de Mme PLUCHON, Directrice des ressources humaines du CHSM

De plus, il est à noter qu'à plusieurs reprises des cadres de santé (CCP et CS) ont pu faire remonter lors des entretiens conduits un manque de cohérence dans la réalisation de travaux dans certains services tels que l'aménagement d'une salle de bain devant permettre de mettre un brancard mais qui ne permet pas à l'AS de pouvoir tourner autour pour faire la toilette du patient (pièce trop petite), ou encore l'aménagement d'une salle d'office où l'installation des meubles ne correspond pas à son utilité (placard trop haut, portes et tiroirs qui ne s'ouvrent pas correctement...). Ceci traduit un manque de communication et de concertation auprès des équipes qui leur renvoie à nouveau une image relativement négative et décrédibilise l'administration et la direction, qui leur semble par conséquent peu soucieuse de leur intérêt et de ce qu'elles peuvent apporter au sein de l'institution.

S'il a pu être identifié avec certitude, au courant de cette étude, un mal-être général ressenti auprès de l'ensemble du personnel soignant, entre autres, généré par une crise identitaire sans précédent confrontée à un choc des cultures qui affecte l'ensemble du secteur hospitalier. Il a également pu être identifié une organisation et un fonctionnement hospitalier complexe à appréhender et qui complexifie d'autant plus les liens entre l'administration et les services de soins rendant la relation encore plus distante. Il semble toutefois, nettement plus complexe de définir s'il s'agit uniquement d'une défiance du personnel soignant envers l'administration ou s'il s'agit plutôt d'un clivage général entre administration et soignant qui pourrait alors être générateur d'un cloisonnement entre service administratif et service de soins. En tout état de cause, le clivage fortement ressentie lors du stage d'observation dans les services de soins ne se ressent quasiment plus au sein des services administratifs. Ce qui confirme une défiance affirmée des soignants envers l'administration et peut potentiellement montrer un clivage qui serait alors hétérogène puisque moins prégnant au sein de l'administration.

Toutefois, il faut savoir que parvenir à faire comprendre des enjeux difficilement conciliables n'est pas forcément évident. Ceci semble réellement complexe à appréhender puisqu'il s'agit en réalité de faire naître une culture commune et partagée à des corps de métiers qui n'ont pas la même vision, ni forcément les mêmes objectifs, ce qui rend complexe le dialogue et les échanges. Ceci conduit à « *interroger sa pratique professionnelle et ses méthodologies de travail pour s'assurer d'être toujours dans le dialogue et l'échange avec les différents collègues cadres (autres AAH, CCP, CS)* »⁴¹.

⁴¹Entretien réalisé auprès de Maud GALLLARD AAH – Responsable du personnel

2 REDUIRE LE CLIVAGE ENTRE ADMINISTRATIF ET SOIGNANT : IMPULSER UNE DYNAMIQUE MANAGERIALE FONDEE SUR LA PARTICIPATION DES ACTEURS DE TERRAINS

Cette étude a pour objet principal de parvenir à identifier les différentes pratiques professionnelles mises en œuvre par les professionnels de terrain pour contribuer à réduire le clivage marqué entre administration et soignant (2.1). Ceci afin de parvenir à en dégager de bonnes pratiques repérées et formuler des préconisations à la fois pour la pratique professionnelle de l'AAH mais aussi au niveau stratégique et opérationnel pour impulser une dynamique managériale participative au sein d'un CH (2.2).

2.1 Une méthodologie de travail fondée sur une analyse des pratiques professionnelles de terrain

Dès lors qu'il semble exister au sein du centre hospitalier un clivage marqué entre l'administration et les soignants, il peut sembler essentiel d'analyser les différentes actions mises en œuvre par la direction pour contribuer à le réduire et favoriser la collaboration entre les différents services et acteurs concernés. En terme méthodologique, cette étude a été réalisée au plus près du terrain avec la collaboration volontaire des professionnelles de terrain (2.1.1). Il s'agira ici de parvenir à identifier par quels moyens les personnels soignants sont associés aux prises de décision et aux choix stratégiques mis en œuvre par la direction. Existe-t-il une véritable concertation entre les acteurs ? Comment est-elle mise en œuvre, par le biais de quelles instances et sur quelle méthodologie de travail ? (2.1.2). En parallèle, il a pu être identifié dans la pratique professionnelle de l'AAH certaines méthodologies de travail qui permettent de contribuer à décroquer des identités professionnelles (2.1.3).

2.1.1 Une étude réalisée au plus près du terrain pour en définir les contours et en cerner les enjeux

La problématique de cette étude a été choisie suite à la réalisation du premier stage d'immersion professionnelle dans les services de soins du CHSM, dit stage « blouse blanche » de la formation des AAH, organisé par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Par conséquent, cette étude prend compte des différentes observations,

remarques et entretiens conduits dans le cadre de ce stage. Elle est le reflet de ce qui est actuellement vécu et ressenti sur le terrain par des professionnels qui ont accepté de contribuer à cette étude en ouvrant leur service et en partageant leur pratique professionnelle. Cette expérience fût très appréciée pour la majorité des services de soins, car elle a permis pour certains de partager leur quotidien et de pouvoir exprimer un certain mal-être, pour d'autres, d'avoir « *un regard extérieur sur leur pratique* »⁴². Cette étude a principalement été fondée sur une enquête qualitative réalisée auprès de différents acteurs de terrain aussi bien au niveau des services de soins que des services administratifs. De plus, elle est également étayée par différents rapports publics réalisés sur cette thématique afin d'être le plus objectif possible.

La seconde période de stage dite « professionnalisante » s'est réalisée auprès de l'AAH, Responsable du personnel au sein de la Direction des ressources humaines du CHSM. Il a ainsi pu être analysé au courant de cette deuxième période le mode de management mis en place en participant entre autres à certaines instances du CHSM. Le remplacement de l'AAH responsable du personnel, en période d'absence du Directeur des ressources humaines, a confronté le stagiaire à une véritable mise en situation professionnelle qui lui a permis de prendre la mesure des problématiques managériales d'un CH notamment lié aux problèmes organisationnels.

Cette étude a pour objet de mettre en exergue une problématique managériale qui touche à la politique de ressources humaines au sein du CHSM, c'est pourquoi, il a été convenu, en accord avec le Directeur des ressources humaines, que l'anonymat des personnels soignants serait garanti afin qu'ils puissent s'exprimer librement durant les entretiens conduits, seul leur grade pourra être identifié. En revanche, l'anonymat ne concerne pas les personnels de l'administration qui concernent exclusivement les DH et les AAH.

Toutefois, peu d'études ont été portées sur cette thématique, ce qui limite les possibilités de comparaison et il semble indispensable qu'une telle étude puisse être approfondie et évaluée à partir de critères objectifs clairement identifiés et définis au préalable. Il aurait également pu être pertinent de compléter cette étude par une étude quantitative qui aurait permis de mesurer le degré du clivage, d'en analyser précisément les contours et de mesurer aussi le degré d'implication des équipes soignantes aux projets institutionnels ainsi que le niveau de concertation. Toutefois, au regard du contexte social actuel au CHSM, cette solution n'a pas été retenue mais mériterait d'être approfondie.

⁴²Entretien réalisé auprès d'un cadre de santé lors du stage « blouse blanche »

2.1.2 Les difficultés rencontrées ne doivent pas masquer l'intérêt porté par la direction de réduire le clivage en favorisant les échanges

Avant d'agir directement sur le clivage existant entre administratif et soignant au sein du CHSM, la direction a avant tout été interpellée par le mal-être existant au sein des services de soins. C'est pourquoi, dans le cadre du plan d'action de prévention des risques psychosociaux d'avril 2014 adopté à l'issue du diagnostic réalisé par un prestataire extérieur en août 2013, les actions adoptées visent à trois principaux objectifs : « *améliorer les relations et la communication* », « *améliorer l'organisation du travail et la gestion des plannings* » et « *améliorer l'environnement de travail* »⁴³. Certaines mesures étaient déjà mises en œuvre précédemment et ont conduit à les renouveler comme c'est le cas par exemple, pour le temps de présence de psychologues du travail et d'ergonomes financé par un plan national depuis l'été 2013. En parallèle, de nouvelles actions ont pu être formalisées de manière officielle, telles que de « *favoriser la présence de la direction dans les services* »⁴³, entre autres, en poursuivant « *les réunions de service Directeur/Présidente de CME débuté en 2013, les visites de services régulières par la directrice des soins, les visites de services ponctuelles et en fonction de problématiques particulières par la DRH* »⁴³.

De plus, il a également été proposé en 4ème action de « *permettre aux agents de l'établissement de comprendre leur environnement* »⁴³ en poursuivant les formations de « *développement personnel et communication* »⁴³ aux personnels de catégorie C et de l'étendre aux personnels de catégorie B et A. Au cours des différents entretiens conduits il a pu être identifié par les différents personnels soignants rencontrés que l'instauration de « *formation sur les risques psychosociaux* »⁴³ a permis un échange sur les bonnes pratiques professionnelles entre les différents cadres y participant (dont le calibrage des groupes a été défini par la direction pour permettre un échange entre des cadres de différents services). A l'issue de ces groupes de travail, un séminaire cadre/direction a permis un échange et une évaluation sur cette action qui a été perçue comme « *très positive* »⁴⁴ par les différents cadres qui ont estimé que c'était « *à recommencer* »⁴⁴. Suite à cette évaluation, des groupes de co-développement ont été mis en place sur 2 sessions en 2016. Ces groupes ont pour objectifs de traiter des situations problématiques et d'en proposer un plan d'action issu d'une analyse des bonnes pratiques professionnelles et de retour d'expériences. Ces actions permettent aux personnels d'échanger sur leurs pratiques et de comprendre et percevoir ainsi les différents enjeux autour d'une problématique commune. Il s'agit finalement de croiser les regards pour mieux transcender les cultures.

⁴³ Plan d'action de prévention des risques psychosociaux, CH de Saint Malo, CHST Avril 2014

⁴⁴ Entretien réalisé auprès de la Directrice des Ressources Humaines, Mme Pluchon

En parallèle, depuis l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), l'organisation interne du centre hospitalier a connu un accroissement des instances décisionnelles et de concertation qui complexifie toutefois son appropriation. Il est dénombré à ce jour 11 instances au sein du CHSM : conseil de surveillance, CME, CTE, Directoire, CSIRMT, REDS (Réunion d'encadrement de la direction des soins), CODIR CHT, CODIR CHSM, bureau et commission des travaux, réunion groupe de travail CHSCT et CHST, réunion d'information et de coordination.

En complément de ces instances, les pôles organisent également librement (dans le cadre de la délégation de gestion des contrats de pôle) les différentes réunions pour assurer la transmission d'information auprès des services. Ainsi il a pu être identifié une organisation hétérogène au sein des différents pôles du CHSM. Certains services semblent effectivement dotés d'outils de transmission suffisants : réunions hebdomadaires (STAFF médical et STAFF Cadres) ; assemblée générale de pôle avec la mise en place d'une demi-journée dénommée « journée de communication soignantes » ; bureau élargie de pôle comprenant 1 à 3 représentants de chaque collège de professionnel, soit environ 5 personnes qui se réunissent six fois par an ; la commission qualité qui se réunit également six fois par an ; des temps informels permettent également de créer une proximité et un échange régulier avec les équipes : il peut s'agir de partager un repas entre les différents cadres d'un pôle ou pour un CS d'une pause-café avec les agents du service. Alors que dans d'autres services il a pu être remonté que certains chefs de pôle travaillent de manière cloisonnée ce qui limite fortement le mode d'implication des équipes puisque dans certains services il n'y a, par conséquent, pas de grandes réunions de pôles et selon les problématiques de certains services (absentéisme, turn-over...) il peut être complexe pour le cadre d'organiser des réunions de service qui, de plus, ont été évaluées comme « *très coûteuses et pas suffisamment rentable en terme d'efficience* »⁴⁵.

Dès lors, la mise en place des nombreuses instances de concertation ne semblent pas être parvenue à impulser une pratique managériale participative, selon la grande majorité des professionnelles interviewés « *il n'y a pas de dialogue à l'hôpital, toutes les réunions, même lorsqu'elles semblent être pour favoriser la concertation, sont en réalité uniquement de l'information descendante. Les projets sont déjà décidés et adoptés par la direction lors des séances de concertation. L'hôpital a un fonctionnement très pyramidal et*

⁴⁵ Entretien réalisé auprès d'un cadre de santé du CHSM

il n'a pas de véritable commission participative. »⁴⁶. Cette problématique a en effet pu être concrètement vécue lors de l'élaboration de l'appel à candidature de l'ARS sur le CLACT-EHPAD où le manque de temps, en période de congés, pour monter ce projet a conduit la direction à devoir proposer un projet déjà préétabli aux phases de concertation avec les acteurs de terrain et les membres du CHSCT. Une meilleure anticipation du projet aurait permis une véritable « co-construction » par les différents acteurs du projet CLACT-EHPAD. Il semble indispensable de permettre aux acteurs de s'approprier les projets et de les co-construire en permettant une mise en commun des enjeux et des contraintes de chacun pour parvenir à faire naître un projet qui consolidera les liens entre les acteurs concernés.

2.1.3 La pratique professionnelle de l'AAH : une méthodologie de travail fondée sur une étroite collaboration avec les cadres de santé

Lors de la seconde période de stage dite professionnalisante, réalisée auprès de l'AAH responsable du personnel au sein de la Direction des ressources humaines, il a pu être analysé différentes méthodes de travail mises en œuvre par l'AAH pour contribuer à décloisonner les pratiques professionnelles entre administratif et soignant. L'AAH est libre d'organiser ses méthodes de travail ce qui lui permet de penser une méthodologie permettant des rencontres régulières avec les cadres de santé pour évoquer des problématiques particulières.

Selon l'AAH responsable du personnel, les meilleures collaborations avec les services de soins concernent « *des entretiens d'agent réalisés en partenariat avec la responsable du personnel et le CCP ou le CS (selon le besoin) qui conduiront ensemble cet entretien* »⁴⁷. L'AAH a connaissance de l'application de la réglementation, des contraintes et des possibilités offertes par l'établissement, alors que le CCP ou CS a une bonne connaissance de la situation de l'agent et de ses difficultés ce qui permet d'apporter un maximum d'éléments à l'agent et de tenir un discours uniforme et cohérent auprès des agents.

De plus, l'AAH a pour habitude d'organiser des réunions non institutionnelles mais qui permettent à différents acteurs de se rencontrer et d'échanger dans un cadre formel sur différents enjeux parfois complexes à concilier : la mise en place d'un outil commun partagé sur la transmission des informations relatives aux accidents de service entre la Gestion des

⁴⁶ Entretiens réalisés auprès de cadres de santé du CHSM (cadres coordinateurs de pôle et cadre de santé)

⁴⁷ Entretien réalisé auprès de l'AAH – Responsable du personnel, Mme Gallard

risques et la Santé au travail (SAT) a conduit l'AAH a organisé des petits groupes de travail sur 2 à 3 séances pour que chacun puissent comprendre leurs besoins et les enjeux (ex : confidentialité des informations médicales destinées uniquement à la SAT). Ce qu'il ressort des différents échanges auprès des AAH c'est que pour réduire le clivage il est essentiel de favoriser dès qu'il est possible des liens directs avec les services de soins. Le contact visuel et le fait de prendre le temps de se déplacer pour constater ce qui se passe dans les services de soins permet d'apaiser les tensions et de réduire les clivages.

Par ailleurs, avec le développement des coopérations hospitalières, et en particulier pour un GHT (anciennement CHT), il est courant que certains services (blanchisserie commune, cuisine ou encore EHPAD et psychiatrie...) soient géographiquement « éclatés » dans tout le département des Côtes d'Armor. La distance existante pour les équipes excentrées du CHSM et des services administratifs a conduit l'AAH responsable du personnel à organiser une fois par mois une rencontre RH sur site extérieur. Les agents ont alors la possibilité de s'inscrire pour rencontrer la responsable du personnel accompagné d'un gestionnaire RH. Ils peuvent ainsi poser les questions relatives à leur carrière et leur parcours professionnel. Cette démarche est très appréciée des services « éloignés » et tend à être généralisée auprès de la CHT : certaines rencontres s'organisent en partenariat avec l'AAH responsable du personnel du CH de Dinan.

Toutefois, s'il a pu être identifié un bon nombre d'actions permettant d'associer les services de soins, il s'avère néanmoins que la contrainte de temps limite leur développement. De plus, les collaborations étroites entre acteurs, par exemple entre l'AAH et les CCP, ne permettent pas pour autant d'associer et d'impliquer les équipes soignantes à la vie institutionnelle et par conséquent ne leur permettent pas de partager et de comprendre les enjeux auxquels doivent faire face les EPS. D'une manière générale, il a également été identifié un manque de communication à tous les niveaux étudiés.

2.2 Un management participatif à consolider au sein du CHSM appuyé par une méthodologie de travail fondée sur une projection à long terme

Afin de parvenir à impulser une dynamique managériale fondée sur la participation des acteurs, la position stratégique de l'AAH, en qualité de relais de la direction, l'engage à mettre en œuvre une méthodologie de travail permettant d'associer au mieux les équipes soignantes en assurant un meilleur accompagnement auprès des cadres de santé et en favorisant les liens directs (2.2.1). Toutefois, il semble également que certaines

préconisations d'ordre plus stratégiques et opérationnelles puissent être proposées afin de contribuer à réduire le clivage (2.2.2).

2.2.1 Une position stratégique pour l'AAH : favoriser les liens de proximité avec les équipes de soins

La position intermédiaire stratégique de l'AAH le place en première ligne pour contribuer à décroiser les pratiques professionnelles entre administratif et soignant, puisqu'il est par son expertise, l'intermédiaire idéal pour répondre aux problématiques quotidiennes de la gestion du personnel des équipes de soins. C'est pourquoi les présentes recommandations s'articulent autour de deux axes stratégiques dans la pratique professionnelle de l'AAH : renforcer l'accompagnement auprès des cadres de santé (CCP et CS) et favoriser la communication directe auprès des équipes des services de soins.

Véritables pivots des organisations administratives et soignantes, les CCP et CS sont au centre de tous les enjeux et maître d'œuvre associés au changement. Toutefois si Chantal de Singly dans son rapport de la mission Cadres Hospitaliers a mis en évidence l'ampleur et la complexité des missions de l'encadrement intermédiaire : *« Ces responsables opérationnels, le plus souvent investis dans les réformes, ne sont guère susceptibles d'entraîner les équipes, s'ils sont eux-mêmes traversés par le doute, en manque de reconnaissance, voire simplement enclins à l'attentisme... Dans cet univers en profonde transformation, il faut les resituer dans le paysage institutionnel et dans la dimension ressources humaines qui est au cœur de leur action »*⁴⁸.

Selon la responsable du personnel, *« il faudrait réinstaurer, au moins tous les 3-4 mois, une réunion de concertation entre la DRH, en lien avec l'AAH qui maîtrise l'expertise technique et la pratique courante des règles de gestion du personnel, et la Direction des soins (DS), en lien avec les CCP et les CS qui assurent quant à eux la gestion quotidienne du personnel. Cette réunion pourrait permettre d'échanger sur les différents enjeux respectifs et d'envisager de solutions pratiques sur le terrain. En parallèle, elle permettrait également d'assurer une harmonisation des pratiques professionnels au sein des services »*⁴⁹.

En complément, la mise en place d'outils communs permet d'éclairer et d'harmoniser les règles de gestion applicable à l'EPS, tels que le guide de gestion RH. Il

⁴⁸D. Toupillier, M. Yahiel *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines des établissements publics de santé*, Janvier 2011

⁴⁹Entretien réalisé auprès de l'AAH – Responsable du personnel, Mme Gallard

est donc indispensable d'en assurer son utilité en recensant régulièrement les difficultés d'utilisation pour le personnel et en y assurant une veille réglementaire. Toutefois, il faut savoir que le guide de gestion n'est en réalité que « *peu consultable pour les professionnels des services de soins qui n'ont pas accès facilement aux outils informatiques. Il serait essentiel d'avoir un guichet DRH pour que le personnel puisse vous poser directement les questions qui les intéressent, encore ce matin j'ai été appelé pour une demande d'ASA (Autorisation spéciale d'Absence).* »⁵⁰.

Pour cerner les besoins du terrain et apporter des réponses pertinentes. Il semble essentiel d'en prendre directement la mesure sur le terrain et d'échanger avec les professionnels du terrain en favorisant au mieux la communication directe : « *Ils ont aussi besoin de contact direct, c'est comme pour nos gestionnaires on ne pourrait pas se contenter de communiquer avec eux que par mail, ça se passerait mal également, le contact visuel et la communication directe sont essentiels pour entretenir des liens de proximité et réduire les incompréhensions.* »⁵¹.

2.2.2 Des préconisations stratégiques et opérationnelles afin de réduire le clivage entre administratif et soignant pour parvenir à faire naître une culture commune institutionnelle partagée

Les différentes préconisations envisagées sont intrinsèquement liées les unes aux autres. Elles visent en effet à améliorer l'organisation et le fonctionnement du CH pour parvenir à impulser une dynamique managériale fondée sur la participation des acteurs de terrain pour développer une culture institutionnelle commune et partagée entre les différents professionnels. Ceci passe par des actions à la fois d'ordre organisationnelles et managériales et par une stratégie visant à renforcer la communication et les dispositifs de formations.

Thématique n° 1 : Organisation

Objectifs :

- Parvenir à mettre en place une organisation de travail permettant une meilleure anticipation et appropriation des projets par les équipes soignantes

⁵⁰Entretien réalisé auprès d'un CCP du CHSM

⁵¹Entretien réalisé auprès de l'AAH – Responsable du bureau des entrées

- Dans le cadre de la réorganisation des services de soins, parvenir à un meilleur équilibre des charges de travail perçues comme importantes et peu équitables

Moyens :

- Assurer une veille relative aux appels à candidature fondée sur les calendriers prévisionnels des autorités compétentes (Ministère de la santé, ARS...) : identifier le plus en amont possible les appels à projets susceptibles d'intéresser l'institution qui permettront alors de pouvoir organiser et planifier une méthodologie de travail associant au mieux les acteurs concernés ;
- Instituer des réunions de concertation associant 1 à 3 représentant(s) par collèges de professionnels du (ou des) service(s) concerné(s) dès la phase préparatoire et jusqu'à validation du projet ;
- Procéder à une évaluation de la charge de travail en établissant une analyse détaillée des charges de travail par poste et de la répartition des tâches entre personnels fondée sur des critères et des indicateurs objectifs pour en proposer un plan d'action

Exemples d'indicateurs pouvant être sélectionnés dans le cadre de cette étude :

- Temps de pause et de repas effectif
- Taux d'absentéisme, fréquences et durées des arrêts de travail
- Relevé statistique concernant les grèves et les conflits au travail

Bonnes pratiques identifiées :

- Il a pu être identifié dans de grandes organisations associatives, en particulier dans le secteur social, une méthode d'organisation anticipatrice qui s'appuie sur une veille relative aux différents diagnostics territoriaux élaborés (schéma départemental enfance famille par exemple) pour définir ses projets. Ceci permet à l'institution de pouvoir soumettre des projets innovants déjà construits lors de la réception de l'appel à candidature de l'autorité administrative. Ce qui laisse encore les délais légaux de l'administration pour modifier et adapter le projet.
Cette pratique a également pu être observée par une collègue EAAH en stage dans un autre EPS de Bretagne qui a anticipé l'appel à candidature de l'ARS sur les CLACT-EHPAD « *cela fait six mois que le directeur travaille sur cet appel à candidature* »⁵².
- Dans le cadre du plan d'action relatif à l'évaluation des risques psychosociaux mis en place au CHSM il a pu être identifié une action visant à « *prévoir des études*

⁵²Echange relaté auprès d'une collègue EAAH en stage auprès d'un autre CH de Bretagne

organisationnelles par service »⁵³. Il est proposé de mettre en place des interventions d'ergonomes et de psychologues du travail pour établir des « diagnostics organisationnels » dans les services ciblés comme prioritaires lors des résultats relatifs aux questionnaires sur l'organisation du travail et la communication. Cette pratique est à valoriser puisqu'elle permettra de mesurer objectivement la charge de travail par poste et d'envisager ainsi des réorganisations dans les services alliant à la fois l'efficience pour l'établissement et l'amélioration des conditions de travail pour le personnel.

Ex : Certains EPS (CHU de Poitiers, d'Angers et de bordeaux) ont mis en place un nouvel emploi de « *réfèrent logistique* » afin de centraliser et de décharger le personnel des services de soins de toutes les tâches logistiques : gestion des commandes (petits matériels, linge et repas), gestion des approvisionnements, réception des commandes, déconditionnement, répartition et rangement. Ce nouvel emploi ne pourrait pas faire l'objet de création de poste supplémentaire au CHSM mais pourrait faire l'objet, dans le cadre des réorganisations de services envisagées, de transformation de certains postes en « *réfèrent logistique* » qui pourrait alors être proposé pour des reclassements professionnels.

Thématique n° 2 : Management

Objectifs :

- Parvenir à développer au sein du CH un management participatif fondée sur la « *co-construction* »⁵⁴
- Développer une culture institutionnelle partagée entre les professionnels
- Valoriser la pluridisciplinarité existante au sein d'un CH

Moyens :

- Définir et instituer une méthodologie de travail de conduite de projet : anticiper les projets, planifier une organisation permettant d'instaurer une véritable concertation entre les acteurs au sein du CH :
 - identification d'un chef de projet,
 - identification des membres du comité de pilotage (direction, encadrement supérieur, encadrement des services concernés, représentants du personnel ou membres du CHSCT, partenaires extérieurs (associés, autorité de tarification...)),
 - définition d'un calendrier prévisionnel pour l'élaboration du projet avec des

⁵³Plan d'action de prévention des risques psychosociaux, CH de Saint Malo, CHST Avril 2014

⁵⁴Entretien réalisé auprès d'un cadre coordinateur de pôle du CHSM

délais suffisants pour permettre plusieurs échanges et rencontres dans la phase d'élaboration du projet (délai minimum de 6 mois pour une véritable concertation) : identifier des objectifs précis et des phases de réalisation

- instauration des groupes de travail associant tous les acteurs concernés pour établir le projet : il est essentiel de laisser les acteurs de terrains se saisir et s'appropriier les projets, cela signifie qu'aucun projet préalable ou préétabli ne doit être déjà défini par la direction avant la phase de construction. Impulser une dynamique participative ne signifie pas seulement soumettre les projets à avis mais permettre une véritable « co-construction » fondée sur des échanges entre les professionnels pour parvenir à concilier les différents enjeux et trouver une adaptation pratique et concrète au projet

- Favoriser les échanges en créant des « espaces de réflexions » pour permettre aux différents professionnels d'échanger sur les différents enjeux pour en comprendre l'étendu et faire naître des réflexions collectives sur des thématiques ou des problématiques récurrentes ou sur des orientations à venir pour l'établissement
- Favoriser les liens directs entre la direction et les équipes soignantes : l'organisation même de l'hôpital rend distant les relations entre le personnel soignant et le personnel de direction. C'est pourquoi, il semble essentiel de favoriser ainsi autant que faire se peut les liens directs, les échanges et les rencontres entre la direction et les soignants (favoriser les déplacements dans le service plutôt que les rendez-vous dans le bureau de l'administratif, se présenter lors des déplacements ou des rencontres dans les services, participer aux réunions de pôles pour expliquer les enjeux administratifs et parvenir à les concilier avec les enjeux soignants...)
- Instituer et partager les instants phares de la vie institutionnelle entre les personnels des services de soins et les personnels de direction : la présence de la direction dans les instants phares de la vie institutionnelle des pôles ou des services est essentielle pour valoriser le travail en équipe réalisé et la place des acteurs dans l'institution, en parallèle elle permet de créer des échanges qui améliore la reconnaissance mutuelle

Bonnes pratiques identifiées :

- Dans le cadre du plan d'action de prévention des risques psychosociaux du CHSM, il a été identifié une action visant à « *favoriser la présence de la direction dans les services* »⁵⁵ en poursuivant à la fois « *les réunions de service avec la présence du*

⁵⁵Plan d'action de prévention des risques psychosociaux, CH de Saint Malo, CHST Avril 2014

directeur et du président CME, les visites de services régulières par la direction des soins et les visites de services ponctuelles et en fonction des problématiques par la DRH ». Toutefois, il semble essentiel de parvenir à généraliser cette pratique professionnelle à toutes les directions (achats, finances, plans et travaux...) afin de parvenir à partager les enjeux institutionnels et créer une véritable dynamique de co-construction avec les acteurs en les associant et les concertant. Ce qui permettrait également de rendre plus crédibles, aux yeux des soignants, les décisions prises par la direction s'y sentant associés et reconnus pour leurs compétences.

- Au sein du CHSM, l'AAH responsable RH du personnel non médical organise des permanences RH sur les sites extérieurs en partenariat avec une gestionnaire RH et l'AAH responsable RH de Dinan ce qui permet aux agents de prendre un RDV sans se déplacer et de soumettre ainsi leur interrogation concernant leur carrière ou un projet professionnel. L'AAH responsable du bureau des entrées privilégie également les déplacements dans les services aux entretiens dans son bureau.
- Dans le secteur social, le développement du management participatif est parvenu à faire son essor, par conséquent, les projets sont co-construits entre l'équipe de direction, l'équipe encadrante (cadre de pôle et chef de service) et l'équipe pluridisciplinaire. Selon un directeur de Maison d'Enfants à Caractère Sociale « *les débats sont longs et virulents pour parvenir à donner un sens éducatif au projet mais c'est essentiel. Pour que l'équipe puisse se l'approprier il faut qu'elle l'ait construit* »⁵⁶.

Thématique n° 3 : Communication

Objectifs :

- Parvenir à améliorer la communication et à favoriser les échanges entre les services du CHSM
- Permettre aux personnels d'échanger sur les changements afférents au secteur hospitalier, de s'approprier les enjeux et d'en cerner les orientations à venir
- Contribuer à apaiser le mal-être vécu dans les services de soins

Moyens :

- Adapter et diversifier les modes de communication en fonction des cultures professionnelles pour favoriser les échanges :
 - Le personnel soignant a plutôt la culture de l'oral alors que les administratifs ont plus la culture de l'écrit (traçabilité). C'est pourquoi, il semble essentiel d'adapter et de diversifier les modes de communication mêlant à la fois la culture

⁵⁶Stage réalisé auprès d'un directeur de Maison d'Enfants à Caractère Sociale dans le secteur associatif

de l'écrit et la culture de l'oral en favorisant les liens directs

- Instituer des boîtes à idées dans les services de soins pour permettre une concertation adaptée aux contraintes des personnels des services de soins
- Créer des temps et des lieux d'échange et de réflexions pour les professionnels du CHSM pour échanger, comprendre et faire comprendre les enjeux sur l'environnement hospitalier et ses évolutions à venir : il s'agit de préparer les équipes aux changements, de leur permettre de se les approprier en y décelant les avantages et les inconvénients

Bonnes pratiques identifiées :

- Au CHSM, le plan d'action de prévention des risques psychosociaux vise à « favoriser les échanges entre services » en encourageant « la participation des agents aux stages de comparaison » pour découvrir d'autres services et métiers. Il est également prévu d'organiser des journées portes ouvertes sur un à deux services ciblés par an dans les secteurs logistiques, techniques et médico-techniques. Il pourrait être envisagé d'élargir cette action également aux services administratifs et permettre ainsi aux personnels soignants de comprendre le fonctionnement et les contraintes d'un service administratif.
- Il existe dans le secteur social des réunions dites « de régulation » ou « de supervision » qui permettent aux équipes d'être accompagnées dans une écoute collective par un psychologue « à distance des situations » en position de régulateur ou de superviseur. Ce type de réunion est mis en place dans des services exposés quotidiennement à des publics difficiles et qui rencontrent des difficultés du fait de situations éprouvantes. Les problèmes rencontrés entraînent de la souffrance individuelle et/ou collective, ainsi que des dysfonctionnements au niveau de l'organisation du travail. Cet outil de régulation leur permet alors de prendre du recul par rapport aux situations professionnelles rencontrées mais aussi de réfléchir à leur pratique professionnelle qui leur permettent d'élaborer des réponses adaptées par le biais d'un travail d'équipe en présence d'un psychologue.

Thématique n° 4 : Formation

Objectif :

- Permettre aux personnels soignants de comprendre l'environnement hospitalier dans lequel il exerce

Moyens :

- Favoriser les regards-croisés entre professionnels de santé au sens large du terme en encourageant les rencontres et les échanges dès les cursus de formation initiale (personnel médical, soignants et administratifs)
- Développer dans le cursus de formation initiale des personnels soignants (cela pourrait également être transférable aux personnels médicaux) une unité d'enseignement sur le domaine de la santé publique (rôle, missions, acteurs et mode de financement du système de santé) afin que tous les professionnels du système de santé puissent en comprendre les enjeux et soient mieux préparés aux évolutions à venir dans le secteur dans lequel ils seront amenés à exercer leur carrière professionnelle. Ceci permettrait en parallèle d'améliorer la communication entre le personnel soignant et le personnel administratif qui selon les entretiens menés « *ne se comprennent pas* »⁵⁷.

Bonnes pratiques identifiées :

- Au CHSM il est planifié chaque année au plan de formation, une formation « développement personnel et communication » initialement prévu pour les personnels de catégorie C, il a été étendu à l'ensemble des catégories de personnels (A,B et C) depuis le plan d'action prévention des risques psychosociaux d'Avril 2014
- L'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) organise chaque année une Session Inter-École (SIE) permettant à différents acteurs publics de se rencontrer et d'échanger sur leur pratique professionnelle. Cet échange permet une meilleure appropriation des enjeux de professionnels n'exerçant pas les mêmes fonctions mais étant amené à collaborer ensemble comme avec les sapeurs-pompiers ou les policiers. Il pourrait être envisagé d'élargir ce concept et d'organiser des « SIE de professionnels de santé » avec des échanges auprès des universités de médecine, des instituts de formation de cadres de santé (IFCS), des IFSI, des IFAS, des écoles de kinésithérapeutes, etc... .

⁵⁷ Entretien réalisé auprès d'un personnel soignant en reclassement sur des fonctions administratives

Conclusion

Cette étude a été réalisée suite au stage d'immersion professionnelle au sein des services de soins du CHSM, où un fort clivage envers « l'Administration » se fait ressentir et est affirmé par les services de soins rencontrés. Il m'a semblé important de laisser une trace de ce passage, et de montrer ainsi une forme de prise en considération du mal-être général perceptible pour les professionnels soignants. Les remarques et observations qui auront pu être évoquées, et plus particulièrement sur le manque de présence de la direction (ou ses représentants) sur le terrain, ont interrogé à la fois la pratique managériale du centre hospitalier et la posture professionnelle de l'attaché qui représente aux yeux des services de soins « l'Administration ».

L'objet de cette étude s'appuie donc sur des observations de terrain et s'appuie essentiellement sur une enquête qualitative réalisée par le biais d'entretiens (un peu plus d'une vingtaine) menés auprès des acteurs de terrains (DH,,DS, AAH, CCP, CS et ISGS, AS et ASH) ainsi que des échanges qui ont pu être conduits durant les trois semaines de présence au sein des services de soins avec les personnels soignants dont principalement les CS, des ISGS, des AS et des ASH. Il a pu être analysé au courant de la seconde période de stage professionnalisante réalisée auprès d'un AAH, en l'occurrence la responsable du personnel à la DRH, différentes méthodes de travail qui permettent à l'AAH d'associer et de collaborer de façon régulière avec les interlocuteurs privilégiés des services de soins selon les situations. Le clivage fortement marqué au sein des services de soins n'impacte que très peu le travail des AAH, puisque soit les AAH sont en contact régulier (voir permanent pour certains d'entre eux) et dans ce cas les collaborations sont déjà très bien établies et réduisent les clivages, soit ils n'ont quasiment aucun contact et sont peu concernés par cette problématique. Il se pose alors la question de savoir comment le lien est assuré entre les cadres de santé et les services de soins. Il semble qu'à ce niveau un meilleur accompagnement des cadres de santé par les AAH, sur les domaines de compétences qui sont les siennes, puisse être amélioré par le biais de réunion de concertation par exemple entre la DRH (AAH responsable du personnel) et la DS (CCP et CS assure la gestion du personnel quotidienne au sein des pôles ou services) ou encore par la mise en place d'un guichet DRH pour le personnel des services de soins.

Toutefois, si l'image qui est renvoyée par les services de soins sur les pratiques professionnelles de « l'Administration » interroge les méthodes d'exercices des AAH, elle questionne également les modes de concertation et d'association du personnel soignant aux différents projets institutionnels pour leur permettre d'en cerner les enjeux et se les approprier. Il s'avère néanmoins que malgré le nombre d'instances de concertation

existantes au sein du CHSM, le niveau de concertation est souvent perçu par les équipes et plus particulièrement les différents cadres de santé rencontrés, comme « *insuffisant voir inexistant* »⁵⁸. Ces instances permettent principalement de « *communiquer de l'information descendante, il n'y a pas d'espace de négociation possible, et même lorsqu'on nous demande de nous exprimer nos remarques et observations ne sont que peu entendues* »⁵⁷. Différentes raisons permettent d'expliquer le mode de management plutôt directif ou persuasif du CHSM : le fonctionnement très bureaucratique et hiérarchique de la FPH, un mode d'organisation et de fonctionnement du CH et un secteur hospitalier en pleine mutation qui semblent complexes à appréhender pour les équipes soignantes. Il semble pourtant essentiel de parvenir à impulser au sein de la FPH un mode de management plus participatif valorisant pour les personnels mais qui permettent également de valoriser la diversité des corps de métiers que constitue l'hôpital.

Dépasser les propres représentations de chaque pour faire naître une culture institutionnelle commune partagée constitue à l'heure actuelle une problématique managériale qui doit sensibiliser tous les acteurs de l'Administration et de la direction pour que cette dimension constitue un véritable enjeu et un levier majeur pour faire évoluer nos institutions de santé. La valorisation de la pluridisciplinarité, la co-construction de projets semblent être les axes centraux pour parvenir à réduire au mieux le clivage qui peut exister entre le milieu administratif et soignant.

⁵⁸ Entretien réalisé auprès de cadres de santé du CHSM (CS et CCP)

Bibliographie

Ouvrages

J-Y PRAX , *le Manuel du Knowledge Management*, DUNOD

Articles

Centre d'études de l'emploi, « *L'emploi et le travail hospitalier à l'épreuve des réformes* »,
Connaissance de l'emploi, janvier 2014

M-C Chauvancy, « *Les réformes hospitalières et leur impact sur l'encadrement infirmier* »,
Mars 2009

Actusoins, « *Réformes hospitalières et mal-être infirmier* », Avril 2014

Infirmiers, « *Réformes hospitalières riment avec surcharge de travail* », Avril 2014

Rapports publics

Rapport « *L'hôpital* », IGAS 2012

Edouard Couty, « *Le pacte de confiance pour l'hôpital* », Février 2013

J. Métais, M. Thierry, *Contrôle de la prévention des risques psychosociaux au CHRU de Lille*, Rapport IGAS, juin 2012

D. Toupillier, M. Yahiel, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines des établissements publics de santé*, 2011

Documentation interne au CHSM

Bilan social 2015 du Centre Hospitalier de Saint-Malo, Direction des ressources humaines

Liste des annexes

- Annexe 1 :** Tableau de suivi des entretiens conduits
- Annexe 2 :** Grille entretien des directeurs d'hôpitaux
- Annexe 3 :** Grille entretien des attachés d'administration hospitalière
- Annexe 4 :** Grille entretien des cadres coordinateur de pôle
- Annexe 5 :** Grille entretien des cadres de sante
- Annexe 6 :** Grille entretien des personnels soignants
- Annexe 7 :** Grille entretien des personnels soignants en reclassement professionnel sur des fonctions administratives
- Annexe 8 :** Liste des directeurs de la CHT et du CHSM de 2012 à 2016
- Annexe 9 :** Etat des grèves 2015 du CHSM
- Annexe 10 :** Organisation des relations entre les différents responsables de l'hôpital issu du rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé (D. Toupillier, M. Yahiel)

ANNEXE 1

TABLEAU DE SUIVI DES ENTRETIENS CONDUITS

TABLEAU DE SUIVI DES ENTRETIENS CONDUITS

N°	GRADE	FUNCTION	NOM	TYPE ENTRETIEN	DATE	HEURE	DUREE
1	DH	Directrice des soins	Mme GUILLEMMAIN	Individuel	mercredi 29 juin 2016	08h00	1h00
2	DH	Directeur des ressources humaines	M. MESTELAN	Individuel	mercredi 13 juillet 2016	09h00	1h00
3	DH	Directrice des ressources humaines	Mme PLUCHON	Individuel	vendredi 2 septembre 2016	17h00	1h00
4	AAH	Responsable du personnel	Mme GALLARD	Individuel	lundi 11 juillet 2016	09h00	1h30
5	AAH	Responsable des finances	Mme BRAGEUL	Individuel	mardi 12 juillet 2016	16h00	2h00
6	AAH	Responsable du bureau des entrées	Mme JAOUEN	Individuel	mercredi 13 juillet 2016	14h00	1h00
7	CCP	Cadre coordinateur de pôle 1		Individuel	vendredi 17 juin 2016	11h00	1h00
8	CCP	Cadre coordinateur de pôle 2		Individuel	mardi 12 juillet 2016	10h00	1h30
9	CCP	Cadre coordinateur de pôle 3		Individuel	lundi 8 août 2016	14h00	1h00
10	CS	Cadre de santé 1		Individuel	mercredi 10 août 2016	10h00	1h00
11	CS	Cadre de santé 2		Individuel	mercredi 10 août 2016	11h15	1h30
12	CS	Cadre de santé 3		Individuel	mercredi 10 août 2016	14h30	1h00
13	CS	Cadre de santé 4		Individuel	mercredi 10 août 2016	16h00	1h00
14	ISGS	Infirmier en Soins Généraux et Spécialisés 1		Individuel	mardi 23 août 2016	11h30	0h30
15	AS	Aide-soignant 1		Individuel	mercredi 24 août 2016	15h30	0h20
16	ASH	Agent de service hospitalier 1		Individuel	mercredi 24 août 2016	16h00	0h30
17	ISGS	Infirmier en Soins Généraux et Spécialisés 2		Individuel	jeudi 25 août 2016	14h30	REFUS
18	AS	Aide-soignant 2		Individuel	jeudi 25 août 2016	14h30	0h15
19	ASH	Agent de service hospitalier 2		Individuel	jeudi 25 août 2016	14h45	0h30
20	AS	Aide-soignant 3		Collectif	vendredi 26 août 2016	09h00	1h30
21	AS	Aide-soignant 4		Collectif	vendredi 26 août 2016	09h00	1h30
22	ISGS	Infirmier en Soins Généraux et Spécialisés 3		Collectif	vendredi 26 août 2016	09h00	1h30
23	ISGS	Infirmier en Soins Généraux et Spécialisés 4		Collectif	vendredi 26 août 2016	09h00	1h30
24	ISGS	Infirmier en Soins Généraux et Spécialisés 5		Collectif	vendredi 26 août 2016	09h00	1h30
25	ISGS	Infirmier en Soins Généraux et Spécialisés 6		Collectif	vendredi 26 août 2016	09h00	1h30
26	ISGS	Infirmier en Soins Généraux et Spécialisés 7		Collectif	vendredi 26 août 2016	09h00	1h30

ANNEXE 2

GRILLE ENTRETIEN DES DIRECTEURS D'HÔPITAUX

GRILLE ENTRETIEN

Directeur des ressources humaines

Remercier accueil Demander à enregistrer entretien	Entretien du Conduit par MICHEL Pauline
---	--

LES FONCTIONS DE DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES

Pouvez-vous me parler de votre expérience professionnelle en tant que DRH ?

En qualité de DRH, en quoi la question du cloisonnement entre administratif et soignant vous semble-t-elle être une problématique RH ?

Qu'attendriez-vous d'un AAH à la DRH sur cette thématique ?

LA COLLABORATION ENTRE ADMINISTRATIFS ET SOIGNANTS

Dans vos expériences antérieures au CHSM, pouvez-vous m'expliquer comment la DRH percevait leur collaboration avec les services de soins ?

Cette collaboration vous semblait-elle évidente et facile ? (Si non, pourquoi ?)

Pourriez-vous me faire part d'une expérience positive de collaboration entre les services administratifs et soignants que vous avez personnellement vécue ?

Auriez-vous un exemple inverse : où la collaboration a été relativement compliquée ? Et selon vous pourquoi ?

Quels sont selon vous les enjeux qui génèrent un clivage entre administration et soignant ?

Selon vous, comment pensez-vous qu'il soit possible de concilier des enjeux perçus comme contradictoire par les équipes soignantes (parfois même par l'administration) ?

L'IMPLICATION DES SOIGNANTS DANS LES PROJETS INSTITUTIONNELS

Pensez-vous que les enjeux relatifs à l'organisation du fonctionnement de l'EPS soient compris des équipes soignantes ?

Quelles sont les remontées que vous font les équipes ?

Comment sont associées les équipes soignantes dans les projets institutionnels ? A quelle fréquence ?

Quels vous semble-êtr le positionnement des cadres coordonnateurs de pôle ? Leur rôle et leur implication à contribuer à faire comprendre les enjeux institutionnels ?

Et concernant les cadres de santé ?

ANNEXE 3

GRILLE ENTRETIEN DES ATTACHES D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

GRILLE ENTRETIEN AAH

LES FONCTIONS D'AAH AU SEIN DU CH

Pensez-vous que les AAH au sein du CH soient bien repérés par le personnel soignant ? Selon vous, pourquoi ?

LA COLLABORATION ENTRE ADMINISTRATIFS ET SOIGNANTS

Les AAH sont-ils amenés à collaborer régulièrement avec les services de soins ?

Par quels moyens collaborez-vous avec les services de soins ? (interlocuteurs des services de soins ?, thématiques et projets partagés ?)

Cette collaboration vous semble-t-elle évidente et facile ? (Si non, pourquoi ?)

Pourriez-vous me faire part d'une expérience positive de collaboration entre les services administratifs et soignants que vous avez personnellement vécu ?

Auriez-vous un exemple inverse : où la collaboration a été relativement compliquée ? Et selon vous pourquoi ?

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait permettre d'améliorer les relations et les collaborations entre les services administratifs et les services de soins ?

Et concernant plus particulièrement la collaboration entre la DFCG et les pôles : quel vous semble être les forces ? (outils, moyen de communication, réponses apportées...)

Et quels vous semble être les faiblesses ?

Quels sont, selon vous, les points essentiels à améliorer pour favoriser l'échange entre les services ?

LE CLOISONNEMENT EST-IL UN FREIN DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DE L'AAH

En quoi l'AAH peut-il être concerné par le cloisonnement entre personnel administratif et soignant ?

En quoi le cloisonnement entre administratif et soignant peut-il représenter un frein dans la pratique professionnelle de l'AAH ? (problèmes générés ?)

Pensez-vous que les enjeux relatifs à l'organisation du fonctionnement de l'EPS soient compris des équipes soignantes ?

Selon vous, comment peut-on parvenir à concilier les enjeux administratifs et les enjeux soignants ?

Comment contribuez-vous dans votre pratique professionnelle à lever les freins pour améliorer la collaboration entre administratif et soignant

ANNEXE 4

GRILLE ENTRETIEN DES CADRES COORDINATEURS DE PÔLE

GRILLE ENTRETIEN

Cadre coordonnateur du pôle

Remercier Demander à enregistrer Se présenter + projet pro cadre administratif de pôle	accueil entretien	Entretien du Conduit par MICHEL Pauline N° poste :
--	----------------------	--

LES FONCTIONS DE CADRE COORDONATEUR DE PÔLE

Pouvez-vous me parler de votre expérience professionnelle en tant que cadre coordonnateur de pôle ?

- Depuis quand ?
- Comment êtes-vous parvenu à ces fonctions ?
- Quels sont vos missions principales ?
- Quels sont les missions que vous préférez ?

Pouvez-vous m'expliquer comment est assurée la gestion administrative du pôle ?

Considérez-vous que vous occupez des fonctions plutôt d'ordre administratif dans la gestion du pôle ou plutôt d'ordre soignant ?

LA COLLABORATION ENTRE ADMINISTRATIFS ET SOIGNANTS

Pensez-vous que les enjeux relatifs à l'organisation du fonctionnement de l'EPS soient compris des équipes soignantes ?

Quelles sont les remontées que vous font les équipes ?

Avez-vous pour habitude de collaborer avec les services administratifs ?

- Connaissiez-vous les fonctions d'AAH ?
- Les cadres administratifs et les directeurs viennent ils se présenter aux services ?
- Viennent-ils concerter les services de soins avant les prises de décisions ?

Cette collaboration vous semble-t-elle évidente et facile ? (Si non, pourquoi ?)

Pourriez-vous me faire part d'une expérience positive de collaboration entre les services administratifs et soignants que vous avez personnellement vécu ?

- Dans le cadre de quel projet institutionnel ?
- Qui a participé ? et à quelle fréquence ?
- Qu'est ce qui a permis que cette expérience soit réussie ?

Auriez-vous un exemple inverse : où la collaboration a été relativement compliquée ? Et selon vous pourquoi ?

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait permettre d'améliorer les relations et les collaborations entre les services administratifs et les pôles ?

LE PARTENARIAT ENTRE LES PÔLES ET LA DRH

Concernant plus particulièrement la collaboration entre votre pôle et le service DRH : quelles vous semble être les forces ? (outils, moyen de communication, réponses apportées...)

Et quelles vous semble être les faiblesses ?

Quels sont, selon vous, les points essentiels à améliorer pour favoriser l'échange entre la DRH et votre pôle ?

ANNEXE 5

GRILLE ENTRETIEN DES CADRES DE SANTE

GRILLE ENTRETIEN

Cadre de Santé

Remercier accueil Demander à enregistrer entretien	Entretien du Conduit par MICHEL Pauline
---	--

LES FONCTIONS DE CADRE DE SANTE

Pouvez-vous me parler de votre expérience professionnelle ?

Pouvez-vous m'expliquer comment est assurée la gestion administrative du service ?

En tant que cadre de santé, comment êtes-vous associés aux prises de décisions qui concernent votre service ?

Vous sentez-vous suffisamment associé et impliquer dans la vie institutionnelle ?

LA COLLABORATION ENTRE ADMINISTRATIFS ET SOIGNANTS

Avez-vous pour habitude de collaborer avec les services administratifs ?

Les cadres administratifs (DH+AAH) viennent-ils se présenter aux services ?

Viennent-ils concerter les services de soins avant les prises de décisions ?

Cette collaboration vous semble-t-elle évidente et facile ? (Si non, pourquoi ?)

Pourriez-vous me faire part d'une expérience positive de collaboration entre les services administratifs et soignants que vous avez personnellement vécue ?

Auriez-vous un exemple inverse : où la collaboration a été relativement compliquée ? Et selon vous pourquoi ?

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait permettre d'améliorer les relations et les collaborations entre les services administratifs et les pôles ?

LA PARTICIPATION DES EQUIPES AUX PROJETS INSTITUTIONNELS

Pouvez-vous m'expliquer comment sont associées les équipes soignantes aux projets institutionnels ? Quelles fréquences ?

Pensez-vous que les enjeux relatifs à l'organisation du fonctionnement de l'EPS soient compris des équipes soignantes ?

Quelles sont les remontées que vous font les équipes ?

LE PARTENARIAT ENTRE LES PÔLES ET LA DRH

Et concernant plus particulièrement la collaboration entre votre service et la DRH : quel vous semble être les forces ? (outils, moyen de communication, réponses apportées...)

Et quels vous semble être les faiblesses ?

Quels sont, selon vous, les points essentiels à améliorer pour favoriser l'échange entre les services ?

ANNEXE 6

GRILLE ENTRETIEN DES PERSONNELS SOIGNANTS

GRILLE ENTRETIEN PERSONNELS SOIGNANTS (exemple IDE)

Remercier Demander Se présenter	à	enregistrer	accueil entretien	Entretien du Conduit par MICHEL Pauline
---------------------------------------	---	-------------	----------------------	--

LES FONCTIONS D'IDE ET LES TACHES ADMINISTRATIVES

Pouvez-vous me parler de votre expérience professionnelle en tant que IDE ?

En tant qu'IDE assurez-vous dans le cadre de vos fonctions des tâches administratives ?

Quelles proportions prennent-elles dans vos fonctions quotidiennes ?

Avez-vous senti une évolution sur ces dernières années ?

LA PERCEPTION DE L'ADMINISTRATIFS PAR LE SOIGNANT

Selon vous, qui représente l' « Administration » ?

Et selon vous, que représente l'administration pour les soignants ?

Vous semble-t-il exister un clivage entre administration et soignant à l'hôpital ?

Si oui, pour quelles raisons ?

L'IMPLICATION DES SOIGNANTS AUX PROJETS INSTITUTIONNELS

Vous sentez-vous suffisamment associé aux différents projets institutionnels ?

Comment les informations relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'établissement vous sont-elles retranscrites ?

Par quels moyens ?

A quelles fréquences ?

Avez-vous personnellement déjà participé à l'élaboration de projets institutionnels ?

Participation groupe de travail ?

Quelles fréquences ?

Sur quels types de projets ?

Si oui, avez-vous apprécié la démarche ?

Cela vous a-t-il apporté une plus-value dans votre carrière professionnelle ?

Pensez-vous que la concertation soit essentielle pour parvenir à concilier les enjeux à la fois des équipes soignantes et de l'administration ?

Souhaiteriez-vous être plus souvent concerté par l'administration sur la construction des projets ? Sur quels types de projets ?

Y participeriez-vous ?

ANNEXE 7

GRILLE ENTRETIEN DES PERSONNELS SOIGNANTS EN RECLASSEMENT PROFESSIONNEL SUR DES FONCTIONS ADMINISTRATIVES

GRILLE ENTRETIEN PERSONNELS SOIGNANTS EN RECLASSEMENT PROFESSIONNEL SUR DES FONCTIONS ADMINISTRATIVES

Remercier Demander Se présenter	à	enregistrer	accueil entretien	Entretien du Conduit par MICHEL Pauline
---------------------------------------	---	-------------	----------------------	--

- 1- Pouvez-vous me parler de votre première expérience professionnelle en tant que personnel soignant et de la perception que vous aviez de l'administration à ce moment-là ?
- 2- Et maintenant que vous êtes du côté administratif ?
- 3- Avec votre recul, à votre avis, l'administration peut-elle faire quelque chose ?
- 4- Pour quelles raisons ce clivage vous semble-t-il existé ?
- 5- Le personnel soignant vous semble-t-il suffisamment préparer à l'environnement dans lequel il va exercer ses fonctions ?

ANNEXE 8

LISTE DES DIRECTEURS DE LA CHT ET DU CHSM DE 2012 A 2016

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO



CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

Direction		Chronologie		
GHT		Jean Schmid (04/2012 à 04/2015)	Arnaud Guyader (05/2015 à ce jour)	
Direction site CHSM		Marc Taillandier (06/2012 à 09/2013)	Intérim par Florence Roussel	Richard Rouxel (04/2014 à 08/2015) Josette Kerneis (09/2015 à ce jour)
Direction des Finances et du Contrôle de Gestion (DFCG)		Christèle Fiorini (10/2012 à ce jour)		
DIRECTION CLIENTELE ET PROJETS		Florence Roussel (10/2012 à ce jour)		
DIRECTIONS Des RESSOURCES HUMAINES		Christèle Fiorini (11/2007 à 09/2012)	Coraline Pluchon (10/2012 à 05/2016)	Sébastien Mestelan (06/2016 à ce jour)
DIRECTIONS des SOINS DS		Elisabeth Guillemain (05/2013 à ce jour)		
DIRECTION du SYSTEME d'INFORMATIONS		Patrice Rousseau (02/2013)		
Direction des Achats, Services Economiques et Logistiques (DAEL)		Thomas Maréchal (04/2008 à 08/2014)	Intérim par Daniel Gillaizeau (09/2014 à 05/2015)	Coraline Pluchon (06/2016 à ce jour)
DIRECTION DES TRAVAUX ET DES OPERATIONS IMMOBILIERES		Daniel Gillaizeau (2012 à ce jour)		
IFSI		Ginette Richard (08/2014)		

ANNEXE 9

ETAT DES GREVES 2015 DU CHSM

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO



CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



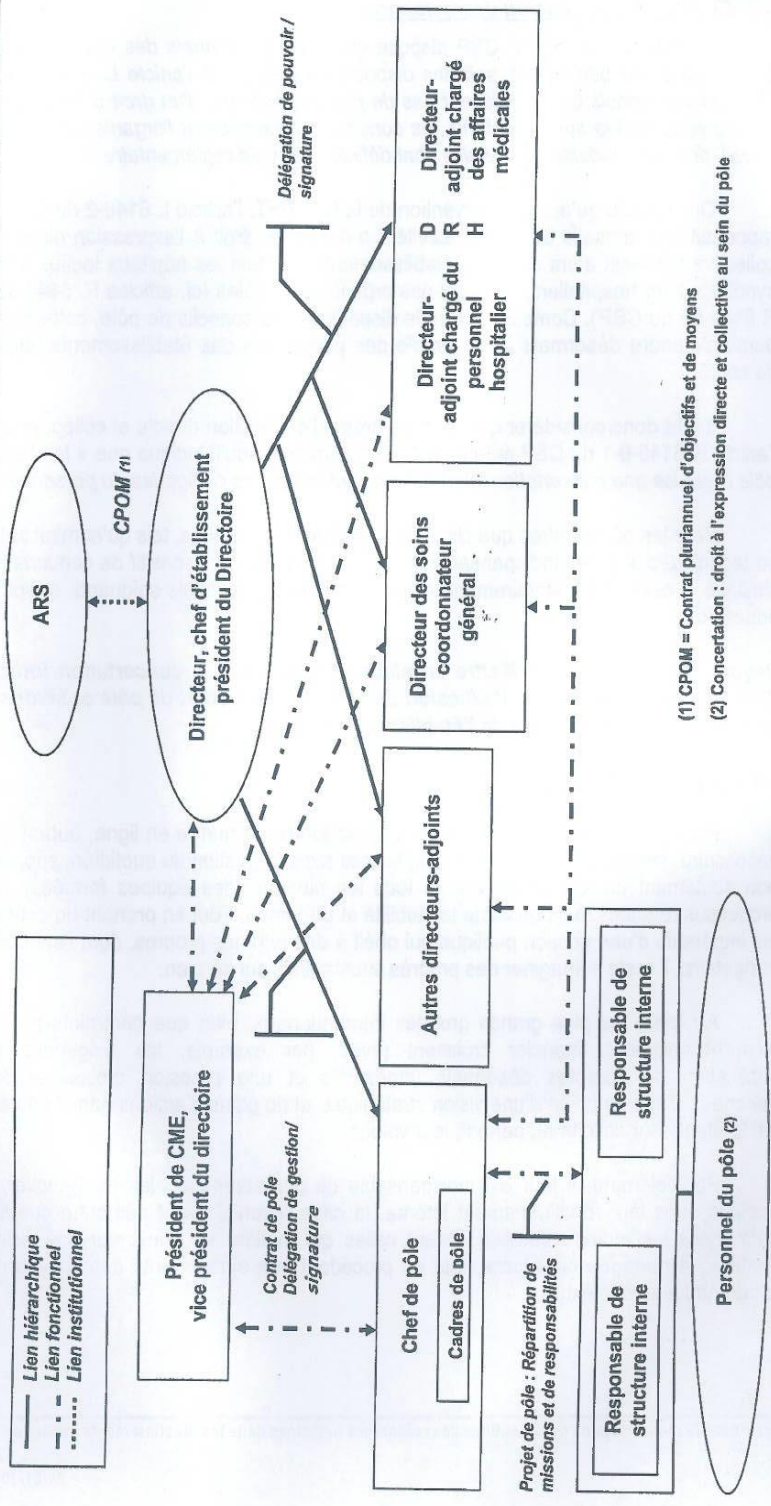
CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

date ou période de la grève	FO	SUD SANTE	CGT	CFDT	Nbr de jour de grève	Taux de mobilisation (y compris personnels assignés)	Taux de participation (hors personnels assignés)
29 janvier 2015		1	1		1	2,64%	1,10%
13 mars 2015 (orthophoniste)				1	1	0,00%	0,00%
13 mars 2015			1		1	0,45%	0,45%
9 avril 2015	1	1	1		1	6,72%	2,49%
19 mai 2015	1				1	0,00%	0,00%
21 mai 2015 (IADE)		1			1	100,00%	37,50%
11 juin 2015		1			1	0,40%	0,20%
du 23 juin au 13 juillet 2015 (orthophoniste)			1		21	0,00%	0,00%
25 juin 2015	1	1	1		1	1,44%	1,22%
22 septembre 2015				1	1	0,20%	0,20%
01 octobre 2015	1	1	1		1	1,11%	0,56%
08 octobre 2015		1	1		1	0,56%	0,11%
10 décembre 2015		1			1	1,00%	0,22%
du 20 janvier au 25 septembre 2015		1			250	0,44%	0,08%
TOTAL	4	9	7	2	283		

ANNEXE 10

ORGANISATION DES RELATIONS ENTRE LES DIFFERENTS RESPONSABLES DE L'HÔPITAL ISSU DU RAPPORT SUR LA MODERNISATION DE LA POLITIQUE DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE (D. TOUPILLIER, M. YAHIEL)

Organisation des relations entre les différents responsables de l'hôpital



(1) CPOM = Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
 (2) Concertation : droit à l'expression directe et collective au sein du pôle

MICHEL

Pauline

Décembre 2016

ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

Promotion 2016

LES PRATIQUES MANAGERIALES DU CENTRE HOSPITALIER FACE AU CLIVAGE ADMINISTRATIF-SOIGNANT

Résumé :

Il peut exister au sein des centres hospitaliers un clivage marqué entre l'administration, entendue au sens de la direction élargie, et le personnel soignant qui conduit à interroger les pratiques managériales de l'établissement. C'est pourquoi, il semble essentiel pour l'attaché d'administration hospitalière d'en cerner et d'en comprendre les enjeux qui lui permettront alors d'adapter sa pratique professionnelle à ce contexte et de contribuer ainsi à réduire le clivage et ses effets qui peuvent être néfastes pour le fonctionnement du CH. Cette étude a été réalisée sur le terrain, auprès du Centre Hospitalier de Saint-Malo et de ses professionnels qui ont fortement contribué à enrichir cette réflexion. Elle a pour objet d'analyser les causes qui peuvent être génératrices de ce clivage pour identifier des leviers d'amélioration des pratiques managériales du CH et de l'AAH.

Plusieurs facteurs permettent d'expliquer le clivage marqué entre le milieu administratif et le milieu soignant. Il existe tout d'abord au sein des CH une cohabitation entre des cultures professionnelles différentes mais complémentaires qui « ne parlent pas le même langage et ne se comprennent pas ». L'accroissement des réformes législatives a généré une perte de sens auprès des équipes soignantes et un fonctionnement administratif, perçu comme très « bureaucratique », complexe à appréhender pour le personnel des services de soins qui génère un mal-être et amplifie le clivage existant.

Le mal-être ressenti conduit à s'interroger sur la manière dont nos collaborateurs des services de soins sont associés aux différents projets institutionnels et aux décisions qui en découlent. Quelles sont les voies de concertation ? Les acteurs de terrains se sentent-ils suffisamment impliqués ? Cette étude vise donc à analyser les différentes instances institutionnelles, leur mode de fonctionnement, mais vise également à analyser les différentes pratiques managériales mises en œuvre par l'AAH, par la direction et les différents cadres exerçant ces fonctions.

Mots clés :

Clivage, cloisonnement, défiance, mal-être du personnel soignant, administratif, soignant, culture professionnelle, management participatif, techniques managériales, communication, information, formation, organisation et fonctionnement, instances de concertation, co-construction de projet, implication, association des équipes soignantes

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.