



EHESP

Directeur des Soins

Promotion : **2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

**Le Directeur des Soins au cœur du
processus de Qualité de Vie au Travail
des Cadres de Santé**

Vanessa DENAIS

Remerciements

Nous n'aurions pas pu élaborer ce travail de recherche sans la collaboration des professionnels interviewés lors des entretiens ou par l'intermédiaire de questionnaires et nous leur adressons tous nos remerciements.

Nous remercions également l'ensemble des enseignants et intervenants de l'EHESP qui nous ont permis de cheminer vers la fonction de Directeur des Soins tout au long de l'année.

Nous adresserons un remerciement particulier à notre responsable de filière Mr Ledoyen qui a su nous guider et nous accompagner ainsi qu'à notre soutien méthodologique Mme Cristofalo qui a permis de nous amener à un cheminement intellectuel de recherche.

Nous remercierons notre famille et nos amis pour leur compréhension et en particulier Karine, Ludovic et Géraldine qui ont toujours fait preuve d'une écoute et d'un soutien sans faille.

Enfin, nous adresserons une tendre pensée à Fabrice, Léa, Alexy et Baptiste qui ont cru en nous et qui nous ont accompagnés dans notre projet avec beaucoup d'amour, de tolérance et de respect.

« *Le travail est souvent le père du plaisir* »

Voltaire, Discours sur l'Homme

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE A L'HOPITAL.....	4
1.1 La Qualité de vie au travail	4
1.1.1 Quelques éléments de définition.....	4
1.1.2 Le développement de la QVT	6
1.1.3 La QVT au cœur de la démarche qualité.....	8
1.1.4 De la satisfaction des besoins à la Qualité de Vie au Travail	9
1.2 La spécificité du travail des Cadres de Santé à l'hôpital et leur Qualité de Vie au Travail.....	11
1.2.1 L'historique de la profession de Cadre de Santé	11
1.2.2 Les contraintes liées au travail de Cadre de Santé	12
1.2.3 Le travail de lien invisible du Cadre de Santé	15
1.2.4 Le Cadre de Santé et la recherche de sens du travail	17
1.2.5 Le sentiment d'appartenance et de reconnaissance des Cadres de Santé.....	19
2 QUELLES INVESTIGATIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE.....	21
2.1 Les objectifs et la méthodologie de l'étude.....	21
2.1.1 Définir l'objet d'étude pour une compréhension pertinente	21
2.1.2 Des outils quantitatifs et qualitatifs complémentaires	23
2.1.3 Les limites de l'étude.....	25
2.2 La Qualité de Vie au Travail : Quelle implication des équipes de direction ? Quel ressenti pour les Cadres de Santé ? Quel enjeu pour le Directeur des Soins ?	26
2.2.1 Les entretiens :	26
2.2.2 Les questionnaires : le ressenti des Cadres de Santé.....	30
2.2.3 Analyse croisée : de l'implication de chacun dans le processus de QVT.....	37
2.3 Vérification des hypothèses posées et conclusion de l'enquête.....	40
2.3.1 Des hypothèses affirmées en majorité	40
2.3.2 Conclusion de l'enquête	41
3 UNE STRATEGIE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE EN CENTRE HOSPITALIER.....	42
3.1 Manager la Santé des Cadres de Santé et leur QVT : un levier pour le Directeur des Soins	43
3.1.1 Impulser une politique d'établissement en faveur de la QVT	43
3.1.2 Mobiliser la politique de soins au service de la QVT	44
3.2 Vers des initiatives innovantes du Directeur des Soins	46

3.2.1	Développer un projet managérial des cadres de santé.....	46
3.2.2	Innovier et accompagner des initiatives pertinentes.....	48
3.3	Développer le management par la QVT des Cadres de Santé	50
3.3.1	Redonner du sens au management	50
3.3.2	Encourager le développement d'un collectif cadres	53
CONCLUSION.....		56
Bibliographie.....		58
Liste des annexes		62

Liste des sigles utilisés

- Anact:** L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- ARACT:** Association Régionale de l'Amélioration des Conditions de Travail
- ANI:** Accord National Interprofessionnel
- ARS:** Agence Régionale de Santé
- CGS:** Centre de Gestion Scientifique
- CHSCT:** Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CME:** Commission Médicale d'Etablissement
- CS:** Cadre de Santé
- CSIRMT :** Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique
- CSS:** Cadre Supérieur de Santé
- DS:** Directeur des Soins
- DPC :** Développement Professionnel Continu
- DRH:** Directeur des Ressources Humaines
- GHT :** Groupement Hospitalier de Territoire
- HAS:** Haute Autorité de Santé
- NTIC:** Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication.
- PCME:** Président de la Commission Médicale d'Etablissement
- PSIRMT :** Projet de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique
- QVT:** Qualité de Vie au Travail
- RPS:** Risques PsychoSociaux

INTRODUCTION

Nous avons toujours été intéressés par le bien-être au travail et convaincus qu'un professionnel épanoui au travail trouvera davantage de sens et sera d'autant plus performant. Dans la prise en charge des patients à l'hôpital cela peut se traduire par l'existence d'un cercle vertueux entre une bonne Qualité de Vie au Travail des soignants et une bonne qualité des soins dispensés aux usagers.

Lors de notre premier stage dans un Centre Hospitalier, nous avons pu discuter avec la Coordinatrice Générale des Soins, le Directeur Général et la Directrice des Ressources Humaines autour de la Qualité de Vie au Travail des professionnels, sujet plébiscité notamment par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans la démarche de certification des établissements sanitaires et par L'Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT). L'établissement avait fait appel à un organisme externe pour l'accompagner dans une démarche de réflexion sur l'absentéisme des personnels et d'évaluation du ressenti de leur qualité de vie au travail. Cette enquête était méthodologiquement prévue en deux temps ; d'abord auprès des professionnels non Cadres et ensuite auprès des Cadres.

Les résultats de la première étape ont mis essentiellement en évidence des problématiques de gestion de l'absentéisme croissant, de pénibilité et de moindre reconnaissance de la hiérarchie de proximité c'est-à-dire des Cadres. Ces résultats nous ont interpellés d'autant que l'enquête n'avait alors pas été réalisée auprès de ces derniers et qu'ils étaient pour partie désignés comme l'un des facteurs de moindre qualité de vie au travail des agents encadrés. Ainsi, nous nous sommes intéressés au sujet de la Qualité de Vie au Travail (QVT) des Cadres de Santé (CS), partant du postulat que de leur épanouissement au travail dépendrait celui de leurs équipes et que cela serait en faveur d'une meilleure prise en charge des personnes soignées.

Les missions du Directeur des Soins sont, en effet, centrées sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients ou résidents et pour en être le garant, il est en responsabilité de la structuration des missions de la Direction des Soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux ainsi que du management de l'encadrement partagé et institutionnalisé. A ce titre, il a un rôle important à jouer d'une part dans l'approche managériale des Cadres et d'autre part dans l'évaluation des conditions de travail et dans l'accompagnement des Cadres de proximité et de Pôles dans un contexte de travail qui évolue sans cesse.

C'est en tant que future Directrice des Soins d'un Centre Hospitalier que nous nous sommes interrogés sur la démarche à suivre et les actions à mener pour accompagner le processus de développement de la Qualité de Vie au travail des soignants et nous avons trouvé pertinent dans ce travail de recherche de nous intéresser aux Cadres de Santé, interfaces entre les acteurs de soins et la direction.

Ainsi, notre questionnement de départ s'est posé en ces termes :

Quel est le ressenti des Cadres de Santé à l'hôpital en ce qui concerne leur Qualité de Vie au Travail ?

En quoi le Directeur des Soins peut-il favoriser le travail des Cadres ?

Comment peut-on créer les conditions de la motivation pour les Cadres de Santé dans un contexte mouvant où le management évolue?

Comment accompagner les Cadres de Santé dans la confiance et donner du sens pour leur permettre de se réaliser?

Nous avons alors posé la problématique suivante qui nous animera tout au long de ce travail de recherche et nous permettra en finalité de formuler certaines préconisations opérationnelles destinées à être mises en œuvre lors de notre prise de fonction au sein d'un Centre Hospitalier :

« Quelles stratégies le Directeur des Soins peut-il mettre en œuvre pour favoriser la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé à l'hôpital ? »

Notre idée était d'aborder l'accompagnement managérial des Cadres sous un angle positif de la recherche de sens, de la motivation par la reconnaissance, de l'autonomisation et de la mise en œuvre de projets innovants plutôt que de choisir l'axe des conditions de travail et des risques psychosociaux plutôt négatifs.

Nous avons donc été amenés à nous interroger sur les établissements qui pourraient avoir mis en place une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels au service de l'amélioration des soins des patients.

Dans certaines régions, l'Agence Régionale de Santé (ARS) a mené un appel à projets d'établissements qui ont choisi de s'inscrire dans un cluster sur la QVT. Nous avons donc choisi de cibler pour notre enquête un CH s'étant inscrit dans cette démarche et ayant initié une réflexion et un autre CH n'ayant à ce jour pas formalisé son processus de développement de la QVT et dans lequel nous prendrons prochainement nos fonctions de Directeur Coordonnateur Général des Soins.

Ainsi, au regard de notre approche conceptuelle sur la Qualité de Vie au Travail et à travers l'axe de la réalisation et du développement professionnel des Cadres, nous avons voulu vérifier sur le terrain les hypothèses suivantes :

HYPOTHESE GENERALE

L'implication du Directeur des Soins et plus largement de l'équipe de direction d'un établissement favorise le développement de la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé

HYPOTHESES OPERATIONNELLES

H1 : L'évaluation ou la mesure des difficultés rencontrées au quotidien par les CS (ou conditions de Santé) favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail

H2 : La reconnaissance des Cadres de Santé favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail

H3 : L'autonomie et les marges de décisions attribuées aux Cadres de Santé favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail

H4 : La formation des Cadres de Santé au rôle de « manager » favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail

Pour affirmer ou infirmer les hypothèses et tenter de répondre à la problématique précédemment évoquée, nous avons choisi une méthodologie mixte à la fois basée sur des entretiens auprès des équipes de direction et en particulier des Directeurs des Soins et sur des questionnaires destinés à l'évaluation de la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé dans les deux établissements suscités.

Ainsi, notre travail sera présenté en trois parties : une première partie qui tentera d'approcher la notion de Qualité de Vie au Travail et en particulier des Cadres de Santé hospitaliers, une seconde partie qui présentera les résultats de nos travaux de recherche menés auprès des équipes d'encadrement, de direction et médicales des établissements enquêtés et une troisième partie qui proposera certaines préconisations permettant au Directeur des Soins d'accompagner le processus de développement de la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé dans son établissement.

1 LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE A L'HOPITAL

1.1 La Qualité de vie au travail

L'intérêt en France pour ce concept remonte à la fin des années 2000. On parle aujourd'hui de Qualité de Vie au Travail qui fait suite à la notion de Risques Psycho-sociaux (RPS) représentant une partie des risques professionnels que tout employeur doit s'attacher à prévenir selon le code du travail¹.

Dans cette sous-partie, nous tenterons de présenter des éléments de définition de la QVT, de comprendre son développement et ses liens avec la démarche qualité.

1.1.1 Quelques éléments de définition

Deux chercheurs québécois, les professeurs Martel et Dupuis ont proposé en 2004 la définition suivante : « *La qualité de vie au travail, à un temps donné, correspond au niveau atteint par l'individu dans la poursuite dynamique de ses buts hiérarchisés à l'intérieur des domaines de son travail où la réduction de l'écart séparant l'individu de ses objectifs se traduit par un impact positif sur la qualité de vie générale de l'individu, sur la performance organisationnelle et, par conséquent, sur le fonctionnement global de la société.* »²

La conférence sociale de juin 2012 la définit de la manière suivante :

« *La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise. Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu individuellement et collectivement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, le sentiment d'implication et de responsabilisation, l'équité, un droit à l'erreur accordé à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. Ainsi conçue, la qualité de vie au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant notamment les organisations du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise.* »

A travers ces deux définitions, nous pouvons assez clairement distinguer dans la QVT une composante interne liée à l'individu et une composante externe liée au collectif et plus largement au contexte de travail que représente l'entreprise ou plus particulièrement l'hôpital

¹ Code du Travail, 4^{ème} partie « Santé et sécurité au travail », livre 1^{er}, titre 2 « principes généraux de prévention »

² Université du Québec à Montréal

pour le sujet qui nous anime.

Selon les auteurs, différents critères peuvent caractériser la QVT selon l'angle d'approche et d'analyse choisi.

Pour E. Morin, dans son travail de recherche, *« la qualité de vie au travail est un état général de bien-être des personnes dans leur milieu de travail. On le décrit généralement à l'aide des indicateurs suivants : le sens du travail, l'engagement organisationnel ou le sentiment d'appartenance à l'organisation, le sentiment de dignité et d'accomplissement dans son travail et l'atteinte de l'équilibre entre le travail et la vie privée. »*³

L'ANACT, dans son numéro de mai/juin 2007 de « Travail et Changement » donne 6 facteurs clés déterminants à propos de la qualité de vie au travail : les relations sociales et de travail, le contenu du travail, l'environnement physique de travail, l'organisation du travail, la réalisation et le développement professionnel et la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

Depuis l'Accord National Interprofessionnel (ANI) de juin 2013 *« Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle »*, les entreprises sont incitées à expérimenter de nouvelles manières de concilier performance et conditions de travail et de vie des salariés. La méthode développée par l'ANACT pour les y aider s'inscrit dans le Cadre de l'ANI et du Plan Santé au Travail 2015-2019.

Dans la Fonction Publique, la QVT a été évoquée en septembre 2013 dans le projet d'accord-cadre sur la prévention des risques psychosociaux. Les négociations sur la QVT au sein de la Fonction Publique ont démarré le 2 octobre 2014 pour aboutir au projet d'accord-cadre du 12 janvier 2015. Une nouvelle définition de la QVT a alors été proposée : *« La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, qui touchent les agents individuellement comme collectivement et permettent, à travers le choix des modalités de mise en œuvre de l'organisation du travail, de concilier la qualité des conditions de vie et de travail des agents et la qualité du service public. »*

L'amélioration de la qualité de vie au travail est une démarche qui regroupe toutes les actions permettant d'assurer cette conciliation. Il s'agit d'un processus social concerté permettant d'agir sur le travail (contenu, organisation, conditions, contexte) à des fins de développement des personnes et des services. »

Les travaux et expérimentations en cours permettent de mettre en avant le fait que la qualité de vie au travail désigne un changement de posture des acteurs qu'elle mobilise, dans une perspective de concilier le bien-être au travail et les enjeux de production professionnelle. *« Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui*

³MORIN E., *« Donner un sens au travail »*, 2006, Santé mentale et engagement organisationnel, Santé psychologique, rapport R-543, Etudes et recherche HEC Montréal, p.24-25

en résulte. » (ANI, juin 2013)".

Par conditions, nous entendons l'environnement de travail, les conditions d'emploi, les conditions de vie extraprofessionnelle en lien avec le travail. De plus, par la capacité des professionnels à s'exprimer et à agir, nous évoquons aussi une approche participative, le partenariat social, le soutien managérial et l'existence de collectifs. Le contenu du travail renvoie, quant à lui, à l'autonomie au travail, la valeur du travail, le travail apprenant et le travail complet.⁴

Dans ce mémoire, à travers tous ces critères, nous nous attacherons à analyser plus particulièrement les liens entre les indicateurs de charge de travail (multiplicité et diversité des tâches), la reconnaissance, l'autonomie et les marges de décision et le développement professionnel des Cadres de Santé à l'hôpital et leur Qualité de Vie au Travail. Pour nous, *« la QVT a pour finalité d'être un facteur d'émergence de la qualité des soins. Elle est en cela intrinsèque à l'organisation »*⁵.

1.1.2 Le développement de la QVT

En 2015, *« La HAS et l'ANACT ont décidé d'unir leurs efforts, convaincues qu'améliorer la qualité de vie au travail dans les établissements de Santé, c'est contribuer efficacement à la qualité des soins. »*⁶ Leur postulat de départ repose sur trois axes : 1/ une meilleure organisation du travail en faveur de l'amélioration de la qualité du travail accompli, 2/ une qualité du dialogue social qui induit le degré de réussite des actions engagées dans la conduite du changement et 3/ un lien étroit entre réussite collective et épanouissement individuel ce qui tend à favoriser l'obtention de résultats positifs.

Pour l'ANACT, la promotion de la qualité de vie au travail passe par le postulat d'un *« choix de société, qui implique les salariés et les dirigeants des entreprises, les partenaires sociaux, l'État et les collectivités territoriales à tous les niveaux. »* Pour ce faire, les actions d'accompagnement de cette démarche sont les suivantes :

- *« Analyser, comprendre le travail et agir pour le transformer.*
- *Encourager toutes les initiatives qui contribuent au développement des compétences, à l'évolution professionnelle et au bien-être au travail*
- *Agir pour que le travail favorise l'épanouissement physique, psychique et intellectuel des individus.*
- *Faire que le travail soit un espace d'intégration y compris pour les moins aptes et les plus fragiles, et un espace de justice sociale.*

⁴ ANACT, 2015, 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de Santé, p.2

⁵ ANACT – HAS, 2013, Repères et principes d'une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de Santé, p.3

⁶ ANACT, 2015, 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de Santé, introduction

- *Faire que chacun trouve sa place au travail et que le travail garde sa place parmi les autres activités humaines. »*

Ces axes sont autant de points de convergence avec la théorie des hôpitaux magnétiques dont l'expérimentation menée depuis de nombreuses années dans le domaine sanitaire hospitalier a montré des effets positifs sur la Qualité de Vie au Travail des professionnels.

De nombreux professionnels réalisant des accompagnements de la Santé au travail se sont intéressés à la Qualité de Vie au Travail et nous pouvons en synthèses proposer quelques axes pour évoquer le développement de la qualité de vie au travail.

Au niveau individuel, la QVT est une question de perception. Deux personnes face aux mêmes conditions de travail n'auront pas le même ressenti. C'est donc de la perception d'un individu face à ses conditions de travail objectives en lien avec les autres sphères de sa vie et son histoire personnelle; en référence à la définition proposée par les professeurs québécois précédemment évoquée, qu'il s'agit. Elle peut se mesurer comme étant un écart entre les buts recherchés et la situation actuelle rencontrée en tenant compte de la dynamique de rapprochement ou d'éloignement par rapport aux buts hiérarchisés différemment selon les individus.

Au niveau collectif, la QVT comprend des dimensions objectives telles que : les conditions de travail, l'organisation du travail, les relations sociales, la préservation de la santé et de la sécurité des individus, les possibilités de réalisation et de développement professionnel, la reconnaissance au travail, l'autonomie et les marges de décisions accordées aux professionnels et les conditions permettant la conciliation avec la vie personnelle...

S'intéresser à la qualité de vie au travail, vouloir l'améliorer, ne procède pas d'une action à un instant « t » isolée dans le temps. Au contraire, cela procède d'une démarche durable ce qui implique de prendre régulièrement le pouls de la qualité de vie au travail dans une organisation via des évaluations. Cela procède à la fois de l'examen des conditions de travail (dimension objective) et du ressenti individuel et collectif (dimension subjective). Le résultat de cet examen permet d'identifier des axes d'amélioration sur les conditions de travail et sur l'ambiance, avec une composante de communication tout à fait déterminante.

La qualité de vie au travail n'est pas antinomique avec la performance et l'efficacité. Pour être durable, elle se doit d'être envisagée et réfléchie en lien avec la performance durable de l'entreprise.

L'amélioration de la qualité de vie au travail c'est une façon de revisiter, de réinterroger le travail dans une organisation. Mais c'est aussi une manière positive d'aborder les probléma-

tiques de risques psychosociaux (RPS), de stress et de souffrance au travail. Les RPS ont plusieurs éléments de convergence avec la QVT et notamment l'intensité et la charge de travail mais aussi le manque d'autonomie, de reconnaissance au travail et un faible développement professionnel (formations).

1.1.3 La QVT au cœur de la démarche qualité

Les liens avérés entre qualité de vie au travail et qualité des soins ont conduit la HAS à intégrer la qualité de vie au travail (QVT) comme l'une des dimensions à prendre en compte dans le Cadre de la certification et à intégrer systématiquement dans le compte qualité des établissements sanitaires. Cette thématique ne sera cependant pas systématiquement investiguée en visite. La HAS précise également qu'il s'agit d'un thème transversal (management stratégique, management de la qualité et gestion des risques, ressources humaines...) qui nécessite une neutralité dans son rattachement afin de permettre à l'ensemble des acteurs de s'en saisir et pour que la désignation du pilote s'adapte prioritairement au contexte et enjeux de chaque établissement.

Aussi, suite à l'implémentation de la qualité de vie au travail dans la certification V2014 ainsi que dans les thématiques à inscrire dans le compte qualité, les modifications suivantes ont été apportées à cette liste de thématiques :

La thématique « *Santé, sécurité et qualité de vie au travail* » est devenue une thématique monocritère « *Qualité de vie au travail* » comprenant le seul critère : 3d. « *Qualité de vie au travail* ». Cette thématique figurera désormais dans la partie management des thématiques.

La thématique « *Gestion des ressources humaines* » comprend désormais les critères suivants :

- 2d. « *Dialogue social et implication des personnels* »
- 3a. « *Management des emplois et des compétences* »
- 3b. « *Intégration des nouveaux arrivants* »
- 3c. « *Santé et sécurité au travail* »

La thématique « *Management stratégique, gouvernance* » comprend désormais les critères suivants :

- 1a. « *Valeurs, missions et stratégie de l'établissement* »
- 1b. « *Engagement dans le développement durable* »
- 1c. « *Démarche éthique* »

- 2a. « *Direction et encadrement des secteurs d'activité* »
- 2c. « *Fonctionnement des instances* »

La HAS a élaboré un guide pour aider les établissements à renseigner la partie QVT, désormais obligatoire dans le compte qualité.

1.1.4 De la satisfaction des besoins à la Qualité de Vie au Travail

Au cours du siècle dernier, des scientifiques et chercheurs se sont intéressés à la souffrance au travail et nous en proposent des analyses et des explications. Parmi eux, deux psychologues Abraham Maslow et Frederick Herzberg « *se sont penchés sur les besoins humains essentiels et déterminants pour atteindre un niveau de bien-être satisfaisant.* »⁷

1.1.4.1 L'approche de Maslow :

Le premier a élaboré la pyramide de Maslow telle une échelle hiérarchique des besoins humains sachant qu'un besoin de niveau supérieur ne peut être totalement satisfait que si les besoins des niveaux inférieurs sont satisfaits au préalable.



Ces besoins ne concernent pas que la vie professionnelle et peuvent être attribués également à la vie personnelle d'où un lien d'interdépendance fort entre les deux. « *La vie professionnelle et la vie privée s'entremêlent et s'influencent mutuellement dans ce qu'on pourrait qualifier de vie totale et complète ou d'existence globalisée...* »⁸

Les besoins physiologiques sont indispensables pour le maintien de la vie (boire, manger, dormir...).

⁷ POITOU P., 2007, *Le livre noir du travail*, Editions L'Harmattan, p.195

⁸ POITOU P., 2007, *Le livre noir du travail*, Editions L'Harmattan, p.196

Les besoins de sécurité personnels ou professionnels sont liés à l'absence de danger et de risque compromettant notre sécurité. « *L'état psychique dans une situation précaire, composé de stress, d'incertitude, de peur de perdre son emploi, d'autocontrôle permanent pour ne pas dire ce que l'on pense et ce que le mécontentement donne envie d'exprimer, avec les contraintes parfois excessives et anormales qu'il faut accepter et subir en silence, multiplie les risques d'accidents liés à des perturbations de la personnalité placée « sous pressions » et à de grandes chances d'influer négativement sur la productivité et la qualité du travail, comme sur la Santé physique et psychique des salariés.* »⁹

Les besoins d'appartenance sont ceux qui donnent le sentiment de « *faire partie, d'être intégré, d'avoir sa place, son rôle, d'être reconnu comme appartenant au groupe, au collectif, à la collectivité, à la nation.* » « *L'ampleur prise par l'individualisme, et l'égoïsme a effrité le sentiment d'appartenance au niveau du travail, mais n'en a pas pour autant détruit le besoin qui s'est transféré dans la vie extra professionnelle.* »¹⁰

Les besoins d'estime sont ceux qui permettent de se sentir considéré et reconnu par l'autre mais semblent peu retrouvés au niveau professionnel dans un système industriel et productif profondément marqué par le taylorisme.

Le besoin de s'accomplir est celui qui permet de se réaliser telle une quête du bonheur et n'est accessible qu'à une minorité qui parvient à vivre avec un maximum de liberté, d'autonomie et de créativité dans des conditions matérielles favorisées.

1.1.4.2 Les apports d'Herzberg :

L'approche de F.Herzberg complète le modèle précédent mais seulement pour les situations de travail. Son objectif était de « *démontrer l'utilité de rendre le travail motivant pour que le salarié puisse s'investir et mettre au service de son travail ses connaissances, son expérience, ses compétences et un souci sincère de bien faire. Pour que le travail soit motivant, il faut que ses concepteurs aient intégré dans leur réflexion, la nécessité de motiver les salariés, ce qui sous entend qu'il leur soit reconnus, un savoir, de l'expérience, une compétence et une bonne volonté.* »¹¹

C'est une préoccupation humaniste qui prend en compte le salarié dans sa singularité mais qui est bousculée par les nouvelles formes de management plus centrées sur la productivité et la logique économique. A notre sens, il s'agit d'opérer un recentrage sur l'humain comme

⁹ POITOU P., 2007, *Le livre noir du travail*, Editions L'Harmattan, p.198

¹⁰ POITOU P., 2007, *Le livre noir du travail*, Editions L'Harmattan, p.200

¹¹ POITOU P., 2007, *Le livre noir du travail*, Editions L'Harmattan, p.205

l'indique le célèbre aphorisme, « *il n'y a ni richesse ni force que d'hommes.* »¹² Ainsi, un nouveau modèle économique pourrait, en s'enracinant sur la notion de responsabilité, réconcilier le bien-être et l'efficacité au travail en s'appuyant notamment sur les Hommes et en particulier, pour notre sujet, sur les Cadres de Santé à l'hôpital.

1.2 La spécificité du travail des Cadres de Santé à l'hôpital et leur Qualité de Vie au Travail.

Les Cadres de Santé à l'hôpital sont incontournables et au cœur des organisations de soins. Leur travail s'est fortement complexifié avec le train des réformes hospitalières et cette sous-partie, après un bref historique, aura vocation à aborder les contraintes liées au travail des Cadres de Santé, le travail de lien invisible, la recherche de sens et le sentiment d'appartenance et de reconnaissance des CS.

1.2.1 L'historique de la profession de Cadre de Santé

Les Cadres de Santé aussi longtemps appelés surveillant(e)s ou encore infirmier(e)s chefs ont toujours travaillé dans les hôpitaux et ont pris le relai au XXème siècle des religieuses. Ces professionnels, essentiellement féminins, voient la fonction de surveillante des hôpitaux officialisée par un décret en 1943 et ont toujours participé à l'accompagnement des évolutions hospitalières. Depuis leur origine en 1953, les programmes de formation des surveillantes ont été réformés en 1966, 1975 et 1995 avec une absence d'obligation de formation jusqu'en 2001.

Suite à la laïcisation des hôpitaux et aux mouvements sociaux des années 80, les Cadres de Santé commencent à s'organiser en collectifs dans les années 1990 et des revendications émergent car « *la surveillante à un rôle difficile à jouer, celui toujours en porte-à-faux des petits gradés sortis du rang* » (Leroux-Hugon, 1992) avec une double dépendance à l'administration et aux médecins. Ces mouvements donneront lieu en 2000-2001 à une enquête nationale relative à l'encadrement des établissements publics de Santé menée par la Direction Générale de l'Offre de Soins. Parmi les difficultés évoquées, les surveillants des hôpitaux « *dénoncent la pression quotidienne, devenue insoutenable, liée à la nécessité de gérer une multitude de projets lancés sans mise en cohérence et tous urgents.* »¹³ De plus, ils déclarent être de plus en plus contraints par les efforts budgétaires à consentir et précisent que leurs conditions de travail se sont dégradées avec un débordement de leur vie professionnelle sur leur vie privée. Ainsi, des accords sont signés avec un changement de

¹² BODIN J., 1576, *La République*, Paris, Jacques du Pays Libraire

¹³ BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, p.11

statut des surveillants en Cadre de Santé et une revalorisation de la catégorie B en A. Pour autant, les efforts des pouvoirs publics étant essentiellement financiers, ils restent sans effet sur le contenu du travail du Cadre qui reste difficile.

En 1995, est créé le diplôme de Cadre de Santé et la formation s'ouvre aux domaines des ressources humaines, à la gestion de l'économie de la Santé, à l'approche de la complexité et à la notion de qualité mais il faudra attendre le 31 décembre 2001 pour que l'expression « *Cadre de Santé* » soit officielle. Depuis, un train de réformes a été à l'œuvre avec la tarification à l'activité en 2004, la nouvelle gouvernance en 2005 et plus récemment la Loi HPST portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la Santé et aux territoires en 2009. Elles ont apporté davantage de lisibilité au travail des Cadres et à leur positionnement institutionnel et ont été complété par le décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des Cadres de Santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière.

Aujourd'hui, et plus récemment depuis janvier 2016, avec la nouvelle loi de modernisation de notre système de Santé, nous constatons que les Cadres de Santé sont soumis à des mutations permanentes et parfois déstabilisés par le rythme des changements à accompagner tels que les réorganisations, restructurations et réflexions autour des parcours de soins et de Santé dans le Cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire notamment.

1.2.2 Les contraintes liées au travail de Cadre de Santé

Certains Cadres de Santé qui « absorbent » avec peine la cadence de toutes ces réformes sont jugés inadaptés dans leur management ou à côté des attentes des équipes et de la direction. Nous nous attacherons à explorer les contraintes qui rendent difficile le travail de Cadre de Santé hospitalier et notamment le retrait du travail opérationnel et le travail « empêché » et interrompu des cadres.

1.2.2.1 Le retrait du travail opérationnel :

Depuis 2010 et pour faire suite à un travail de recherche (Etude SORG¹⁴) qui, depuis plusieurs années, analysait les liens entre les modes d'organisation, le style de management et la Qualité de vie au travail, le projet PHARES¹⁵ portant sur l'absentéisme à l'hôpital a été mené dans le secteur de la Santé. Les recherches ont permis de mettre en évidence une forte tendance des Cadres de proximité à se mettre en retrait du travail opérationnel. En effet, les logiques organisationnelles et managériales tendent à les éloigner de leur cœur de métier ; ils sont moins présents aux transmissions, dans le service (couloirs, salles de

¹⁴ SORG : Santé Organisation et Gestion des ressources humaines, pour l'Agence Nationale de la Recherche, 2006-2008

¹⁵ PHARES : Projet Hospitalier Absentéisme Recherche Efficience et organisation Santé au travail

soins...) et dans les chambres des patients. Ainsi, l'encadrant est parfois perçu par les soignants trop éloigné des malades, des familles et de la fonction de contrôle des soins. De même, certains Cadres sont considérés trop proches des médecins ou encore trop « le nez dans le guidon » et donc à la marge des objectifs institutionnels et parfois des objectifs personnels avec, pour certains, des conséquences sur leur vie familiale.

Ce retrait mis en parallèle avec les réformes hospitalières (tarification T2A, optimisation des durées de séjour, des entrées et sorties des patients, réduction des déficits, manque de moyens...) qui tendent l'activité à des impacts négatifs sur le travail. A ces réorganisations de la tarification et de l'offre de soins viennent s'ajouter les difficultés inhérentes au métier de soignant avec la « lourdeur » de la charge en soins des usagers accueillis mais également la pression de leur entourage.

Ainsi, la coordination du travail opérationnel fait parfois défaut à un moment où les exigences sont accrues et cela peut créer un risque d'insécurité pour les soignants. Ils peuvent manquer de soutien, d'appui de l'encadrement pour rechercher des solutions dans la gestion de leurs activités opérationnelles et se sentir livrés à eux-mêmes.

Depuis une quinzaine d'années, les profondes mutations des modes de gestion et de gouvernance ont modifié les circuits de décision et ont nécessité de nouveaux apprentissages pour les Cadres de Santé et notamment en matière économique et de qualité et de sécurité des soins. Ainsi, leur rôle est central pour assurer la coordination des soignants et atteindre les différents objectifs tout en préservant le sens du travail. Cela suppose une proximité importante du Cadre avec le travail opérationnel des équipes et une régulation qui semble de plus en plus difficile à mettre en œuvre.

Un des enjeux fort du développement de la qualité de vie au travail consiste « à « *désempêcher* » les tâches des managers et à remettre au cœur de leur fiche de poste l'animation de la discussion sur le travail opérationnel de leurs équipes. »¹⁶

1.2.2.2 Le travail empêché (« gestionite ») et interrompu :

Les Cadres de Santé ont un véritable défi à relever pour assurer leur rôle au sein des équipes alors qu'ils sont « *happés par un grand nombre de tâches* ». ¹⁷ Les Cadres de Santé, bien qu'en nombre, sont sollicités en permanence par des « *tâches concurrentes, très consommatrices de temps et très visibles pour la hiérarchie contrairement au travail*

¹⁶ DETCHESSAHAR M., 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*, n°85, p.28

¹⁷ DETCHESSAHAR M., 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*, n°85, p.28

quotidien de régulation. »¹⁸

Selon la recherche, deux types d'activités principales éloignent le manager du travail de proximité ; l'entretien et l'alimentation des machines de gestion d'une part et la présence dans de nombreux lieux d'échanges d'autre part.

La première activité connexe concerne la mobilisation du Cadre dans les systèmes d'information et notamment dans la mise à jour des procédures et protocoles, du système qualité, des plannings de personnel et des tableaux de bord d'activité à renseigner avec des indicateurs toujours plus nombreux et des différentes enquêtes à mener. Cela peut renvoyer aux équipes l'image d'un encadrant enfermé dans son bureau, cloué devant son ordinateur et cerné de multiples dossiers et qui ne se cantonne qu'à une activité administrative souvent décalée des réels besoins liés à l'activité. Ce positionnement semble peu propice à susciter des vocations au sein des équipes pour devenir manager. De même, on peut constater un paradoxe entre une hypertrophie d'informations véhiculées par les nouvelles technologies de l'information et de la communication et le manque de communication effective concernant le travail.

La deuxième activité connexe est liée à la sollicitation permanente du Cadre pour assister à des réunions soit d'informations descendantes de la direction vers les managers soit de groupes projets divers et variés supports de l'innovation. La première catégorie de réunions vise à communiquer et à informer fréquemment les managers du fait du rythme des changements et dans un souci de donner du sens et de l'harmonie à l'action mais ce modèle descendant à ses limites. La deuxième catégorie de réunions s'inspire du management participatif et a tendance à associer presque systématiquement les Cadres à tous les chantiers en cours et à surcharger leurs agendas.

A cela, peuvent être ajoutées de nombreuses interruptions de tâches (IT) aussi appelées « *multitasking* » par les anglo-saxons : « *c'est l'arrêt inopiné, provisoire ou définitif d'une activité. La raison est propre à l'opérateur, ou, au contraire, lui est externe. L'interruption induit une rupture dans le déroulement de l'activité, une perturbation de la concentration de l'opérateur et une altération de la performance de l'acte. La réalisation éventuelle d'activités secondaires achève de contrarier la bonne marche de l'activité initiale.* »¹⁹ Le Cadre de Santé hospitalier est très fréquemment interrompu dans ses activités voire dans ses déplacements et réagit au fil de l'eau aux événements les plus urgents devenant alors prioritaires. Les sollicitations sont nombreuses et imprévisibles par l'intermédiaire du

¹⁸ DETCHESSAHAR M., 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*, n°85, p.29

¹⁹ Guide HAS relatif à l'interruption de tâches lors de l'administration des médicaments, 1^{er} janvier 2016

téléphone notamment et peuvent concerner les entrées, sorties ou mutations de malades, la gestion des personnels, des matériels et produits pharmaceutiques ou encore la fonction logistique. S'ajoutent à cela les demandes de la hiérarchie, des personnels, des malades et de leur entourage. Cela demande aux Cadres de Santé de grandes capacités d'adaptation, une rapidité dans l'exécution des tâches avec un engagement immédiat dans l'action. *« Ils expriment eux-mêmes un certain malaise à être absorbés par des problèmes ponctuels à résoudre, avec le sentiment de ne pas pouvoir faire leur travail. »*²⁰

Alors que font les Cadres de Santé ? *« Ils quittent leur travail épuisés, tout en se demandant ce qu'ils ont fait. Ils déplorent l'envahissement de leur journée par des « petites choses à régler », comme si « ce qu'ils ont à faire les empêchait de faire ce qu'ils veulent faire. »*²¹

Pour faire face à ces phénomènes, deux stratégies sont alors adoptées par les encadrants de première ligne ; soit la tendance à animer malgré tout des espaces de discussion sur le travail soit la résignation.

Dans le premier cas, le collectif de travail peut se construire mais le prix à payer pour le Cadre, sans soutien institutionnel, peut être élevé avec des débordements voire de l'épuisement et parfois des sanctions.

Dans le deuxième cas, le manager *« se résout à cette prise de distance avec le travail et se contente d'un pilotage lointain de l'activité désormais vue à travers des indicateurs « objectifs » et qui ne sont pas discutés. »*²² Pour le Cadre, le ressenti est souvent double avec une impression d'être protégé des problèmes quotidiens de l'équipe qui se résolvent sans lui mais également un sentiment d'impuissance à donner le soutien managérial dont les équipes auraient besoin.

1.2.3 Le travail de lien invisible du Cadre de Santé

Les Cadres de Santé réalisent au quotidien un travail de lien, d'articulation au sens où Anselm Strauss (1992) le définit soit *« un travail supplémentaire nécessaire pour que les efforts de l'équipe soient plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail. »*

Le travail en tant qu'activité humaine a d'abord été étudié par les philosophes puis par les

²⁰ BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, p.89

²¹ BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, p.147

²² DETCHESSAHAR M., 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*, n°85, p.31

sociologues qui la décrivent comme une « discipline » et, déjà avant la crise de 1929, les chercheurs comme Mayo et son équipe expliquent l'importance « *du facteur humain* ». A l'instar du Taylorisme qui tend à séparer le « *savoir* » et le « *faire* », ils montrent que les conditions objectives du travail ont une portée limitée et que les relations informelles entre les professionnels sur le lieu de travail ont un effet important sur la productivité (Stroobants, 1993). Cette notion est d'ailleurs encore aujourd'hui soutenue par les logiques motivationnelles et le développement de cultures d'entreprises y compris à l'hôpital.

Pourquoi est-il si compliqué de comprendre le travail pourtant si souvent décrit? On parle de métiers, de postes de travail, de profil, de missions ou encore d'activités ou de tâches à réaliser pour atteindre des objectifs et produire des résultats. Ainsi le travail peut être prescrit sous forme de procédures, protocoles ou conduites à tenir et les référentiels ou répertoires des métiers expliquent les bonnes pratiques en matière d'exécution du métier en combinant la qualité de la prestation et facilité pour le travailleur.

L'hyper prescription du travail peut être à risque d'induire une déréalisation du travail c'est pourquoi il convient, selon nous, de garder une juste mesure. De même, une trop grande application de la procédure peut tendre parfois à faire perdre de vue la complexité du travail soignant. Le travail réel vient alors sans cesse compléter le travail prescrit permettant ainsi la performance du travailleur capable de réagir, d'ajuster ou de compenser des règles trop statiques et rigides.

En ce qui concerne le travail des Cadres, il est indispensable de prendre en compte à la fois le facteur lié à l'individu et celui lié à l'utilisation de soi qui est à remettre dans le contexte pour chaque situation. Si l'on se réfère aux théories de « *l'action située* » (Suchman, 1987 et Revue électronique Activités n°2, 2004), « *les réponses aux situations ne sont pas déjà disponibles à partir de plans d'anticipation de l'action ou de valeurs intériorisées ; elles sont produites et émergent dans la situation.* »²³

Ainsi, cela nécessite pour les Cadres de Santé de prendre des microdécisions pour s'ajuster en permanence au contexte de travail ce qui fait appel à la fois à leurs compétences, aux objets matériels mais également aux interactions sociales. Il ne s'agit pas de simplement répondre à des planifications de tâches anticipées mais bien de construire une activité à l'initiative du travailleur, de valoriser l'intelligence humaine au travail. Sinon, selon Yves Clot, c'est une vision du « *travail sans l'homme* » et la tendance à préparer l'environnement de façon excessive canaliserait les actions des individus et les asservirait. Le travail quotidien du Cadre est de sans cesse temporiser, amortir, compenser, rattraper des situations très

²³ BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, p.46

hétérogènes et cela ne se voit pas et ne se valorise pas. C'est pourquoi, en tant que futur Directeur des Soins, il convient de réfléchir autour de l'autonomie du Cadre de Santé et des marges de décisions qui peuvent lui être attribuées pour manager ses équipes.

Une autre spécificité du travail des Cadres de Santé est que ce sont des encadrants eux-mêmes encadrés. De nombreuses publications ont été réalisées sur les méthodes et outils de management et différentes théories ont vu le jour pour autant leur activité est mal définie, mal connue. Pour Le Goff (2000, 2003), on est sur des « *illusions de l'idéologie managériale* » avec une tendance à hypertrophier les méthodes et outils au détriment de l'expérience de la pratique professionnelle et qui peut aider à gérer les situations. Ainsi, les Cadres peuvent craindre de ne pas être à la hauteur et de voir leurs compétences professionnelles et personnelles remises en cause et cela peut générer de la culpabilité.

Les Cadres mettent en cohérence le travail des personnels encadrés et, en manageant et dirigeant, ils permettent de donner du sens à l'action collective. A l'hôpital, l'activité est caractérisée par la nécessité de travailler ensemble en équipe pluridisciplinaire pour prodiguer des soins de qualité à la personne soignée. La position institutionnelle des Cadres de Santé les conduit à être des médiateurs entre le haut et le bas. Son travail « *relève assez rarement de la coopération mais beaucoup plus souvent de la coordination et d'un travail d'articulation au sens où l'a défini Strauss.* »²⁴

1.2.4 Le Cadre de Santé et la recherche de sens du travail

Dans les travaux sur l'organisation du travail, « *le sens du travail est défini comme un effet de cohérence entre les caractéristiques qu'un sujet recherche dans son travail et celles qu'il perçoit dans le travail qu'il accomplit.* »²⁵ L'organisation du travail consiste à agencer les activités et des conditions dans lesquelles il doit se faire, selon les caractéristiques qui lui donnent du sens (Ketchum et Trist, 1992). L'étude de l'organisation du travail conduit à identifier les conditions de la qualité de vie au travail dont le sens du travail est un indicateur important.

Le Cadre de santé voit, de plus en plus, son travail éclaté dans des lieux géographiques différents que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur du service et parfois de l'établissement selon les missions qui lui sont confiées (fonction transversale, formations...). Il est difficile à repérer, à suivre à contacter même s'il bénéficie d'un bureau souvent au sein de l'unité et d'une ligne téléphonique dédiée car il évolue dans un univers temporo-spatial

²⁴ BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, p.55

²⁵ MORIN E., « *Donner un sens au travail* », 2006, Santé mentale et engagement organisationnel, Santé psychologique, rapport R-543, Etudes et recherche HEC Montréal, p.24

multidimensionnel.

On le dit parfois « invisible » mais cela tient aussi à sa personnalité, à son écoute et à sa façon de travailler avec son équipe. Cela lui confère une marge de manœuvre et permettent d'atténuer l'aspect contraignant d'un travail exercé en permanence sous le regard des subordonnés, des médecins et de la hiérarchie. « *L'environnement de travail est si complexe, tant au niveau des personnes, des objets que de la diversité des espaces, qu'il est impossible pour un Cadre de Santé de tout observer.* »²⁶ Pourtant il doit se montrer accessible, disponible pour tous en permanence ce qui suppose pour lui de faire son travail dans son bureau sans en avoir l'air et en tentant de maîtriser l'image qu'il renvoie.

Pour manager la proximité, le Cadre peut utiliser un certain nombre de rituels comme une présence systématiques aux transmissions par exemple et utilise la fonction de reconnaissance pour se rapprocher de son équipe. Ainsi, les salutations individualisées ou les attentions témoignées aux agents voire les remerciements liés à un engagement remarquable dans le fonctionnement de l'activité sont autant de stratégies pour entretenir un lien relationnel de confiance avec eux.

Les interactions du Cadre de Santé avec son équipe sont souvent de courte durée soit lors d'un face à face, d'une réunion de service ou lors d'un moment informel volé dans un couloir... Il est vécu comme « *passant* » dans le service et ne s'arrêtant que quelques minutes avant de repartir en passant d'une activité à l'autre, d'un contrôle de dossier patient à la vérification du matériel en n'oubliant pas une modification de plannings de dernière minute pour un agent entre deux chambres de malades.

L'introduction des nouvelles technologies de l'information et de la communication tels que les dossiers patients ou la gestion des plannings informatisés nécessitent du temps de saisie et d'analyse pour les Cadres de Santé. Cela peut modifier les modes de communication entre le Cadre et les personnels et cela majore la charge de travail. « *Pour un Cadre de Santé, analyser ce qui se passe dans son service à travers l'écran de son ordinateur, c'est d'un point de vue pragmatique, regarder en s'extrayant lui-même de son service et en lui tournant le dos.* »²⁷ Cela veut aussi dire que l'on se base essentiellement sur des données statistiques et des indicateurs d'activité ou de performance ce qui crée une distance avec l'équipe que l'on considère alors davantage dans sa dimension collective que dans une approche individuelle de ses membres.

²⁶ BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, p.79

²⁷ BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Editions Seli Arslan, p.147

1.2.5 Le sentiment d'appartenance et de reconnaissance des Cadres de Santé

Les questions d'appartenance et de reconnaissance des Cadres de Santé au travail sont à aborder dans le contexte politique, social et institutionnel que nous connaissons aujourd'hui. Les mouvements de réformes engagés tendent vers davantage de rationalisation, de simplification et d'harmonisation.

Les théories de l'appartenance professionnelle recouvrent deux aspects, celui de l'appartenance définie et celui du sentiment d'appartenance ressenti. C'est à ce dernier que nous nous sommes intéressés car il est lié, selon nous, à la notion de qualité de vie au travail ressentie. Il « regroupe deux éléments : le constat que soi-même ou les autres peuvent en établir, d'une part, ainsi que le désir que l'on a de cette appartenance ou qu'en suscitent les autres, d'autre part. »²⁸ Le premier fait référence à l'identité de l'individu dans sa dimension à la fois personnelle et professionnelle alors que le second est lié au travail et non à sa personnalité. Ce désir d'appartenance prend différentes formes selon les personnes et peut se traduire par une mobilisation, une performance professionnelle avec une forte implication dans son travail mais également par un sentiment de justice, un attachement et un engagement institutionnel important.

Certains Cadres de Santé peuvent avoir le sentiment de ne pas appartenir au système. « Avec la politique de management, l'encadrement de proximité n'a pas sa place ; travailler avec le Cadre, c'est inexistant ; on joue les amortisseurs administratifs, financiers, mais on gère des équipes, pas des paquets de cigarettes ; je n'ai pas d'attentes de reconnaissance administrative, de la haute hiérarchie car ce sont des gens qui ont fait beaucoup d'études de management mais ils oublient qu'il y a des hommes au bout. » (Cadres de Santé, CHU et ESAT)²⁹

Par ailleurs, au-delà de ce manque de sentiment d'appartenance, les Cadres de Santé peuvent déplorer de ne pas avoir suffisamment de reconnaissance pour pouvoir agir : « notre marge de manœuvre est nulle. » (Cadres de Santé, CHU)³⁰ Ainsi, ils peuvent avoir l'impression de ne pas pouvoir influencer sur les décisions qui concernent leur travail ou sur les autres et de rester, par conséquent, en retrait des stratégies d'acteurs.

L'importance de la notion de reconnaissance, pour la majorité des individus, provient des multiples besoins et revendications de renvois d'images positives de soi (Ricoeur, 2004 ; Tap, 1988). Dans une approche psychosociale, la reconnaissance d'un individu « par lui-même ou

²⁸ BOURGEON D. collectif, 2012, *Les Cadres de Santé et la reconnaissance au travail : une position difficile entre soins et management*, Editions Lamarre, p.59

²⁹ BOURGEON D. collectif, 2012, *Les Cadres de Santé et la reconnaissance au travail : une position difficile entre soins et management*, Editions Lamarre, p.65

par les autres, est un élément fondamental de son identité, elle convoque des aspects cognitivo-socio-affectifs mais aussi existentiels (l'un des corollaires étant la peur de ne pas être reconnu). [...] Le risque de méconnaissance renvoie encore au sentiment d'invisibilité chez une personne alors même qu'elle est présente et donc bien visible. »³¹ La perception d'un manque de considération peut parfois aller jusqu'à un sentiment de non-reconnaissance, de non-confirmation de soi voire de mépris ou d'humiliation qui peuvent avoir des conséquences profondes sur le professionnel dans sa dimension individuelle. Ce sont des risques psycho-sociaux qui méritent toute l'attention des équipes de directions des établissements de Santé et de la médecine du travail.

Le mouvement de reconnaissance est mutuel et implique une réciprocité des acteurs. Selon Sainsaulieu, *« la reconnaissance et la distinction mutuelle s'élaborent autant par les échanges de la vie quotidienne entre collègues, avec des chefs, des adjoints et des subordonnés, que par les manières mêmes de communiquer et d'intervenir sur le travail, qui fournissent aux uns et aux autres des indications sur la façon dont ils vous considèrent et vous admettent. »³² Or, les Cadres semblent ressentir une indifférence de la part de leurs supérieurs concernant leurs pratiques professionnelles et leur vie institutionnelle. Ils l'illustrent notamment par des réceptions d'informations parfois uniquement descendantes qui peuvent s'opposer avec leurs difficultés qu'ils ne cessent de faire remonter et cela contribue à nourrir leur sentiment de « non-reconnaissance ».*

Ce manque de reconnaissance perçu et exprimé par certains Cadres est souvent majoré par un malaise lié notamment au « new management ». Pour J.P. Le Goff, *« tout devient mouvant et instable, emporté dans un mouvement de changement perpétuel [...] impliquant un bouleversement incessant de nos façons de vivre, d'agir et de penser. »³³ Ainsi chacun doit devenir acteur de son propre changement dans ce contexte évolutif permanent.*

Toutes les contraintes que nous venons de développer en termes de multiplicité des tâches et perte de sens, de manque de reconnaissance, d'autonomie et marges de manœuvres insuffisantes, de formations peu réévaluées en lien avec le management actuel sont-elles de nature à altérer la Qualité de Vie au travail des Cadres de Santé ? C'est ce que nous allons analyser dans notre enquête de terrain auprès de Cadres de Santé et d'équipes de Direction.

³¹ BOURGEON D. collectif, 2012, *Les Cadres de Santé et la reconnaissance au travail : une position difficile entre soins et management*, Editions Lamarre, p.183

³² PIOTET F., SAINSAULIEU R., 1994, *Méthodes pour une Sociologie de l'entreprise*, Les Presses Universitaires de Sciences Po, Paris, p.202

³³ Le GOFF J.P., 1999, *La barbarie douce. La modernisation aveugle des entreprises et de l'école*, Paris : La Découverte

2 QUELLES INVESTIGATIONS POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE

Dans cette partie, nous exposerons le travail de recherche à travers une enquête réalisée afin de répondre à la problématique et aux hypothèses énoncées.

2.1 Les objectifs et la méthodologie de l'étude

L'étude menée au cours de ce travail de recherche a pour objectif d'interroger les différentes démarches mises en œuvre en faveur de la Qualité de Vie au Travail dans plusieurs établissements de Santé afin d'une part d'évaluer le ressenti des Cadres de Santé quant à leur qualité de vie au travail et d'autre part de recueillir les problématiques rencontrées ainsi que les méthodologies et initiatives entreprises par les équipes de direction et en particulier par les Directeurs des Soins.

2.1.1 Définir l'objet d'étude pour une compréhension pertinente

L'idée de travailler sur l'accompagnement de la Qualité de Vie au Travail des professionnels et en particulier des Cadres n'est pas nouvelle dans le sens où la satisfaction des personnels et leur bien-être au travail a toujours animé nos réflexions et guidé notre management. Au-delà des valeurs portées en termes d'humanisme, d'écoute et de bienveillance, l'idée qu'un personnel heureux est un personnel performant est soutenue. Ainsi, lors de notre premier stage en février 2016 au Centre Hospitalier P., nous avons étudié et analysé la démarche d'évaluation de la QVT auprès des professionnels et avons été interpellées par l'exclusion des Cadres des groupes de travail. En effet, le pilotage de l'action a été mené en 2015 par la Directrice des Ressources Humaines de l'établissement notamment pour répondre aux exigences de la certification V2014 (critère 3d : « Qualité de vie au travail ») dont la visite allait se dérouler quelques mois plus tard en février 2016 mais également dans un souci de lutte contre une augmentation de l'absentéisme. La Coordinatrice Générale des Soins ainsi que le psychologue du travail étaient associés au Comité de Pilotage de la QVT. Le choix a été fait de s'adresser à un organisme externe au CH qui a proposé une méthodologie acceptée par l'équipe de direction et qui consistait à réunir des groupes de personnels volontaires afin d'évaluer leur ressenti sur leur QVT et les actions à mener selon eux pour améliorer cette dernière mais sans y associer les Cadres. La Coordinatrice Générale des Soins interrogée à ce sujet a pu exprimer ses craintes par rapport à cette méthodologie qui ne lui semblait pas en faveur d'une démarche globale d'évaluation de la QVT et d'un accompagnement managérial des Cadres de Santé. En effet, dans son projet de soins 2015-2019, une action concernant le projet managérial des soins est développée avec un suivi débuté en 2014 visant à l'élaboration, via une formation action, d'une charte de l'encadrement supérieur, à la conception du modèle managérial, à une réflexion sur un

modèle managérial éthique ainsi qu'une initiation à la démarche de co-développement. De même, un groupe des Cadres de Santé est constitué pour la réalisation de la conduite du projet de soins avec plusieurs objectifs : fédérer et harmoniser les pratiques managériales du CHP, constituer un socle de connaissances et de compétences pour développer une culture commune partagée du management des soins et contribuer à une culture dynamique et engagée en lien avec les autres directions et la communauté médicale. De plus, la réactivation d'un groupe de réflexion et d'analyse des situations managériales est en cours.

Les résultats des entretiens collectifs de « l'analyse qualitative des causes de l'absentéisme » ont été communiqués dans le journal interne de février 2016. Parmi les causes identifiées nous retiendrons de l'ensemble des groupes de travail concernant l'accompagnement des agents spécifiquement lié à l'encadrement : un manque de présence du Cadre dans le service, un manque de positionnement du Cadre sur les arrêts de complaisance, une inéquité dans la gestion du personnel, un management du Cadre en fonction des rumeurs sur le personnel et des discours tenus par les collègues.

Parmi les pistes d'actions proposées par les participants dans l'ensemble des groupes de travail, nous en évoquerons quelques unes : travailler sur le rôle du Cadre de proximité, encourager la présence du Cadre de Santé lors des transmissions, favoriser un management juste et équitable (notation, avancement, critères de titularisation, gestion du planning, formation) et favoriser la mobilité des Cadres sur les différents services.

Plusieurs réunions de restitution des résultats destinées à l'ensemble du personnel ont été réalisées en février 2016. Les résultats ont également été présentés au personnel d'encadrement et aux membres du CHSCT et de la CME.

La démarche d'analyse qualitative des causes de l'absentéisme s'est poursuivie, dans un second temps, avec la mise en place d'entretiens collectifs réservés aux Cadres et menés par un binôme de psychologues (soignants, administratifs et techniques). Dans un troisième temps, cette analyse devait être réalisée auprès du personnel médical.

Les Cadres de Santé de proximité et de pôles se sont sentis mis en cause par les résultats des groupes de travail sur les raisons de l'absentéisme au CHP. Le travail sur le projet managérial engagé depuis quelques mois par la Direction des Soins ainsi que la perspective d'être eux-mêmes interrogés sur leur QVT leur a permis de se fédérer autour d'objectifs managériaux communs. Les entretiens ont été réalisés en avril et mai 2016 auprès de 11 groupes de 2 à 6 Cadres avec une participation de 62% (54 sur 87) des Cadres de l'institution. Ainsi les résultats concernant notamment les Cadres de proximité ont été en faveur d'un sentiment d'être malmenés, maltraités par l'institution avec une situation actuelle pour certains d'épuisement professionnel et globalement une trop faible reconnaissance vis-à-vis de la complexité de leur fonction (place, missions...). De plus, par rapport à leur relation à l'encadrement supérieur et à la Direction des soins, les Cadres ont pu exprimer un

besoin d'avoir des réponses plus claires et plus rapides concernant les décisions de remplacement et de bénéficier d'une réelle délégation de gestion sur les effectifs de leur service. Ils ont également exprimé un manque de confiance de la direction vis-à-vis de l'encadrement de proximité, une impression d'être seulement des exécutants et leur souhait d'être davantage associés au processus décisionnel notamment à travers leur possible participation au processus de recrutement externe des personnels non médicaux. Enfin, ils ont pu faire état d'un manque de communication avec la hiérarchie induisant parfois un sentiment de rétention d'information et conduisant parfois à un manque de collaboration.

Globalement, cette méthodologie en deux temps choisie par le CHP nous a interpellées et, suite à nos recherches et discussions, nous avons pu découvrir d'autres approches d'évaluation de la QVT et notamment au sein du CHB ayant répondu à un appel à candidature pour faire partie du cluster régional sur la qualité de vie au travail ou encore auprès du CHL ayant déjà engagé une politique d'amélioration de la QVT des Cadres depuis plusieurs années.

2.1.2 Des outils quantitatifs et qualitatifs complémentaires

2.1.2.1 Choix de la population enquêtée :

Le choix de la population enquêtée s'est porté sur les Cadres de Santé de proximité et de Pôles à la suite des différents entretiens menés avec la DS Coordinatrice Générale des Soins, la Directrice des Ressources Humaines et les Cadres de Pôle lors de notre 1^{er} stage au CHP. Cette population semblait, de par sa position d'interface entre les agents de terrain et la direction, cristalliser un certain nombre de facteurs favorisant la démotivation, l'épuisement professionnel. Des entretiens complémentaires ont été réalisés auprès du Directeur Général, du Directeur Général Adjoint, du Directeur Qualité et du Président de CME du CHP.

Le CHP est l'établissement dans lequel nous avons réalisé notre premier stage et qui a été à l'origine de notre questionnement de départ.

Ensuite, l'évaluation de la Qualité de vie au Travail a été réalisée auprès des Cadres de Santé du CHB et du CHV. Cette action nous a parue pertinente au regard des missions du Directeur des Soins de management des équipes d'encadrement dans un souci constant d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Le CHB a été choisi car cet établissement s'est engagé depuis peu dans un projet régional d'amélioration de la QVT des professionnels accompagné par l'ARS et selon les recommandations de la HAS.

Le CHV a été choisi car c'est l'établissement dans lequel nous prendrons prochainement nos fonctions. Cela nous permettait de faire un état des lieux du ressenti des Cadres de Santé

quant à leur Qualité de Vie au Travail dans un établissement où, à ce jour, il n'y a pas eu de travail formalisé sur l'amélioration de la QVT des professionnels.

Nous avons également pu mener des entretiens auprès de la DS Coordinatrice Générale des Soins du CHB afin de comprendre la politique institutionnelle et l'état d'avancement du processus de QVT et auprès de la DS Coordinatrice Générale des Soins du CHL qui a pu nous apporter un éclairage et un retour d'expérience des évaluations et actions menées pour améliorer la QVT des Cadres depuis 2009. Enfin, nous avons à nouveau sollicité la DS Coordinatrice Générale des Soins du CHP pour mesurer les actions menées depuis février.

2.1.2.2 Méthode de recueil de données :

Afin de répondre à la problématique et aux objectifs fixés par l'étude, nous avons choisi de mener une étude à la fois quantitative et qualitative à l'aide d'un recueil de données via :

- La réalisation d'un questionnaire (à questions fermées et semi-ouvertes) adressé aux Cadres de Santé des établissements ciblés. Tous les Cadres de Santé de proximité et de Pôle en activité dans les CHB et CHV ont été inclus dans l'échantillon d'enquête. Les faisant-fonction de Cadres de Santé ont été exclus de l'enquête car leur expérience était très inégale tant concernant leurs missions que la durée de leur exercice. Les questionnaires ont été distribués en juillet et août 2016 en main propre et récupérés de manière ciblée sauf exception lors de l'absence du Cadre et un retour a alors été fait par courrier (enveloppe timbrée). Cela a permis un taux de retour de 100%. L'anonymat des répondants a été respecté.
- La réalisation d'entretiens semi-directifs auprès des professionnels évoqués ci-dessus afin d'explorer le sujet, de recueillir le ressenti des différents directeurs et Cadres de Pôle sur la notion de Qualité de Vie au Travail. Les entretiens ont été réalisés lors de notre premier stage en février au CHP pour partie et en août pour le CHB et le CHL. Un entretien a enfin été mené en septembre 2016 avec la Directrice des Soins Coordinatrice Générale du CHP afin de mesurer les actions entreprises depuis février.

2.1.2.3 La grille d'analyse :

Concernant les entretiens :

La grille d'entretien a été réalisée (ANNEXE I) en regard de la problématique et des hypothèses qui ont été posées. Lors de chaque entretien, un enregistrement suivi d'une retranscription et/ou une prise de note en direct ont été réalisés. Puis, les idées principales développées dans les relevés d'entretiens ont été classées et regroupées par catégories afin de faciliter l'analyse qualitative des données. Cela a permis une confrontation des données au modèle conceptuel et une mise en perspective nous permettant de confirmer ou d'infirmer

les hypothèses et ainsi de répondre à la problématique initiale et de proposer des préconisations.

Concernant les questionnaires :

La grille de questionnaire a été réalisée à l'aide d'un questionnaire destiné à évaluer le bien-être au travail : « le baromètre du bien-être au travail des français »³⁴ et modifié pour partie afin de l'adapter aux Cadres de Santé et à la recherche sous-tendue par les hypothèses (ANNEXE II). Les données ont été saisies par établissement dans le logiciel Blue-Médi (création d'une Blue Apps) afin de faciliter l'analyse quantitative des résultats du CHB, du CHV et globaux.

2.1.3 Les limites de l'étude

Lors de la conception de ce mémoire, nous nous sommes attachés à respecter la méthodologie d'un travail de recherche, pour autant, nous sommes conscients des limites notamment liées à un échantillon de petite taille. Les 24 questionnaires analysés sur deux établissements ne permettront pas de donner un caractère général à l'analyse et de pouvoir en tirer des conclusions scientifiques.

De plus, la période estivale de juillet et août pour diffuser les questionnaires aux Cadres de Santé n'a pas été des plus favorables du fait de l'absence de certains d'entre eux pour congés. Cependant, la remise en main propre des questionnaires et la récupération ciblée ont permis une exhaustivité de réponses.

De même, les choix des établissements enquêtés n'ont pas la prétention d'être représentatifs de l'ensemble des établissements de Santé. Ils ont été faits en lien avec notre future prise de fonctions soit des Centres Hospitaliers de taille moyenne et nous ne saurions généraliser les résultats à des CHU ou à d'autres établissements privés ou médico-sociaux.

Enfin, nous n'avons pas pu réaliser d'entretiens auprès des partenaires sociaux représentants de l'encadrement ni auprès de membres du CHSCT, de médecins ou psychologues du travail. Leurs regards et leurs expertises concernant les risques professionnels et notamment les Risques Psycho-sociaux (RPS) auraient pu enrichir l'analyse et permettre d'envisager d'autres pistes de réflexions.

³⁴ Baromètre du bien-être au travail des français, Sondage IPSOS La Tribune, Novembre 2010
Vanessa Denais - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

2.2 La Qualité de Vie au Travail : Quelle implication des équipes de direction ? Quel ressenti pour les Cadres de Santé ? Quel enjeu pour le Directeur des Soins ?

2.2.1 Les entretiens :

Les 10 entretiens ont été menés auprès d'un DG, d'un DGA, d'une DRH, d'une Directrice de la Qualité, de trois DS Coordonnatrices Générales des Soins, de deux Cadres Supérieurs de Santé et d'un Président de CME.

En réponse à l'hypothèse générale : « L'implication du Directeur des Soins et plus largement de l'équipe de direction d'un établissement favorise le développement de la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé » :

Dans les CH enquêtés, les démarches de développement de la Qualité de Vie au Travail des professionnels sont initiées par les Directions des Ressources Humaines avec une volonté affirmée des chefs d'établissements. L'intégration dans un cluster ou dans une dynamique institutionnelle d'amélioration des conditions de travail des professionnels le démontrent.

« Nous devons impulser cette dynamique de QVT au sein de nos établissements et pas seulement pour la gestion des risques professionnels. »³⁵ « C'était une vraie volonté de la direction de se pencher sur cette problématique pour plusieurs raisons ; c'est parcequ'on est un peu d'accord qu'il n'y a pas de QVT s'il n'y a pas de qualité du travail et que c'était un moyen d'être à l'écoute et communiquant avec nos professionnels. »³⁶

La certification HAS des établissements a également renforcé l'intérêt porté à la satisfaction au travail et aux conditions de travail des professionnels quelles que soient leurs fonctions. Les actions menées dans ce sens doivent être coordonnées par la direction en partenariat avec les médecins et psychologues du travail, le CHSCT, les partenaires sociaux et les équipes pour obtenir des résultats. *« Le cloisonnement des équipes de direction fait perdre le sens des projets par exemple l'audit sur l'absentéisme et le projet managérial. » « Il faut repositionner le Cadre dans un management par la qualité au sens large. Lorsque les soignants expriment un mal être, il faut le signaler et agir dessus. »³⁷ « Avec la QVT on est sur du projet social qui appartient à la DRH et où le DS peut contribuer »³⁸* ainsi que tous les autres membres de l'équipe de direction et de la Santé au travail.

Mais ce qui semble le plus impliquer les équipes de direction est la croissance de l'absentéisme essentiellement du personnel non médical (PNM) majorant ainsi les charges en personnel liés aux remplacements (contrats à durée déterminée (CDD), intérimaires...) et

³⁵ Extrait de l'entretien avec le DG du CHP

³⁶ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHB

³⁷ Extrait de l'entretien avec la Directrice Qualité du CHP

³⁸ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHB

pouvant être parfois préjudiciable à la qualité de vie au travail des agents et à la qualité des soins des usagers en l'absence de remplacement possible. « *Nous avons un fort absentéisme. Nous avons mis en place depuis quelques années une Commission de Mobilité qui nous aide pour les reclassements et les retours à l'emploi.* » « *Avec les partenaires sociaux, il faut garder la confiance* »³⁹. « *Le dialogue social, c'est l'apanage de tous et les Cadres doivent y être formés* »⁴⁰.

En réponse à l'hypothèse opérationnelle H1 : « L'évaluation ou la mesure des difficultés rencontrées au quotidien par les CS (ou conditions de Santé) favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail » :

La Qualité de Vie au Travail, « *c'est d'être content(e) de venir travailler, d'avoir des relations interpersonnelles de qualité.* » Des difficultés de communication peuvent être rencontrées. « *On sait qu'à l'hôpital c'est difficile, c'est complexe et on doit être dans un climat bienveillant. Si nous les soignants paramédicaux on n'est pas capable de mettre des relations interpersonnelles basées sur la confiance, le respect mutuel, le partage d'expériences, on est à côté de la plaque.* »⁴¹

Parfois les Cadres peuvent avoir le sentiment d'être tenus d'appliquer des décisions contre leurs valeurs. « *Pour toute position managériale, [...] il faut travailler dans un établissement où l'on est en adéquation avec la politique institutionnelle ou il faut en partir parce que sinon on souffre.* »⁴²

De plus les Cadres peuvent rencontrer des difficultés dans « *la gestion de leur temps. Ça vient de notre éducation et de notre cursus de formation. On est tellement rigoureux, corvéable à merci. La tâche du Cadre n'est jamais finie donc il faut que la journée ait un début et une fin et le Cadre doit savoir partir, quitter son unité.* » « *Beaucoup de choses pèsent sur ses épaules car il est au carrefour du patient, des médecins, de l'institution.* »⁴³

« *Attention à ne pas simplement dire que le Cadre de Santé est happé par une multitude de tâches annexes sans dire que le management a changé... On ne manage plus aujourd'hui comme on manageait hier. Le manager doit savoir qu'en managant par la qualité on manage son équipe.* »⁴⁴

³⁹ Extrait de l'entretien avec la DRH du CHP

⁴⁰ Extrait de l'entretien avec le DG du CHP

⁴¹ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHL

⁴² Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHB

⁴³ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHL

⁴⁴ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHL

En réponse à l'hypothèse opérationnelle H2 : « La reconnaissance des Cadres de Santé favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail » :

« Les Risques Psychosociaux à l'hôpital sont importants et nous devons nous attacher à les prévenir. Les Cadres doivent être proches de leurs équipes, gérer des professionnels mais aussi des personnes »⁴⁵. Tous les agents y compris les Cadres de Santé doivent se sentir écoutés et reconnus par l'équipe de direction et en particulier la Direction des Soins.

« Il est important de partager des valeurs communes de respect de confiance et de solidarité avec la Direction des Soins. Les Cadres ont besoin de cohérence et de cohésion. »⁴⁶

Lorsque les professionnels s'investissent dans tous les changements et restructurations, il faut savoir leur dire : « vous avez fait des efforts et maintenant qu'est ce qu'on peut faire nous aussi en terme d'efforts pour finaliser au-delà de la compétitivité, la compétitivité aussi attractive auprès de nos professionnels. »⁴⁷

De même, les Cadres de Santé ont besoin d'être reconnus par les collaborateurs médicaux.

Pour le président de CME, il y a eu une évolution des mentalités depuis le passage aux « 35 heures » et les professionnels « priorisent leurs loisirs au détriment de leur investissement au travail ; travailler n'est plus l'intérêt principal. » « Les Cadres de Santé sont au cœur du service et passent beaucoup de temps à gérer des planning, à rappeler les gens et à gérer le temps de travail. » Les médecins les attendent plutôt sur « le staff du matin, les check-lists, les audits de pratiques » ou encore « la gestion du chariot d'urgence. »⁴⁸

En réponse à l'hypothèse opérationnelle H3 : « L'autonomie et les marges de décisions attribuées aux Cadres de Santé favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail » :

Certains Cadres ont parfois « l'impression de régresser. Il est difficile de s'associer à l'équipe d'encadrement quand on n'y voit pas d'intérêt. » « Le projet managérial devrait être au service de l'évolution de la posture managériale collective. »⁴⁹ Une DS Coordinatrice Générale des Soins précise en ce qui concerne l'autonomie des Cadres : « je suis quelqu'un qui donne un objectif final et je leur laisse mettre en œuvre les modalités. Ils ont la feuille de route... »⁵⁰

⁴⁵ Extrait de l'entretien avec la DRH du CHP

⁴⁶ Extrait de l'entretien avec le CSS 2 du CHP

⁴⁷ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHB

⁴⁸ Extrait de l'entretien avec le PCME du CHP

⁴⁹ Extrait de l'entretien avec le CSS 1 du CHP

⁵⁰ Extrait de l'entretien du DS CGS du CHB

Ils font état d'un manque de communication entre les différents services ce qui peut être préjudiciable pour eux dans leur management et pour faire respecter les devoirs des agents mais également pour les agents eux-mêmes et le respect de leurs droits. Cela génère pour eux « des frustrations » et une impression de « pas être associé aux décisions qui concernent nos services ou nos pôles. »⁵¹

« Pour la titularisation des agents, les Cadres de Pôle doivent avoir de l'autonomie et une certaine marge de manœuvre. » Les Cadres de pôle interrogés disent « ne pas avoir de visibilité sur la politique de remplacement et en particulier sur les fins de contrats gérées par la DRH » Cela crée « une difficulté de gestion de l'absentéisme car nous ne gérons pas les recrutements. »⁵². Ils préconisent une gestion plus décentralisée des effectifs avec davantage de latitude. La délégation de gestion aux Pôles n'est parfois pas opérationnelle et « les missions des Cadres de pôles sont à interroger dans ce cas là. » On peut leur renvoyer « toi, tu ne sais pas gérer l'absentéisme, tu ne remplaces pas ! »⁵³

« Il doit y avoir une marge d'autonomie mais il faut que soient bien définis les domaines de responsabilités de chacun pour que le Cadre puisse avoir un domaine dans lequel des décisions peuvent être prises. »⁵⁴

En réponse à l'hypothèse opérationnelle H4 : « La formation des Cadres de Santé au rôle de « manager » favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail » :

« Il y a un problème de management de proximité avec les Cadres qui sont peu présents au sein des équipes et qui passent leurs temps dans les plannings. Ils ne sont pas assez dans la gestion des ressources humaines. Ils devraient se montrer exemplaires, remercier les agents qui s'investissent et faire du renforcement positif. Il y a une dérive du système à l'ancienneté et un « super technicien » n'est pas nécessairement un bon « chef ». « Ils ont peu de leadership et sont encore parfois sur le modèle de la « mère supérieure » »⁵⁵.

« On a monté en compétences et en responsabilité et en autonomie les Cadres de pôles (RH, suivi des effectifs...) sauf arbitrages inter-pôles où le DS intervient et aussi pour la répartition des mensualités de remplacement. »⁵⁶

« Les CS ont aussi leurs formations dans le plan de formation sur le management de proximité, la bonne posture managériale, la communication, les RPS... »⁵⁷

⁵¹ Extrait de l'entretien avec le CSS 1 du CHP

⁵² Extrait de l'entretien avec le CSS 1 du CHP

⁵³ Extrait de l'entretien avec le CSS 1 du CHP

⁵⁴ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHL

⁵⁵ Extrait de l'entretien avec le DG du CHP

⁵⁶ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHL

⁵⁷ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHL

2.2.2 Les questionnaires : le ressenti des Cadres de Santé

Les questionnaires ont été soumis aux Cadres de Santé de deux Centres Hospitaliers : CHB et CHV.

Pour l'ensemble de l'échantillon

Nous avons eu 26 retours de questionnaires sur 26 proposés soit 100% de réponses car les Cadres de Santé en congés n'ont pas été sollicités. Cela représente plus de 75% (26/34) en moyenne des Cadres de Santé (non faisant-fonction) des établissements enquêtés donc nous avons pu conclure à la représentativité de l'échantillon enquêté au regard de la population totale.

Pour le CHB :

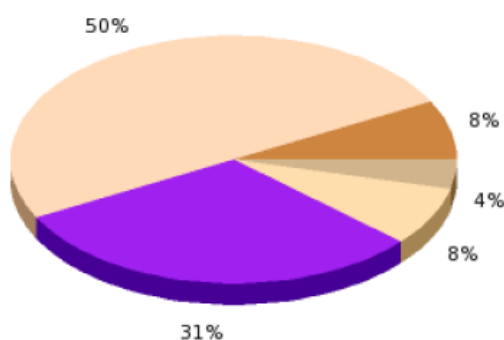
Nous avons eu 12 retours de questionnaires sur 12 proposés (100% réponses) ce qui correspond à un échantillon représentatif de l'ensemble des Cadres de Santé de l'établissement (12/16 soit 75%).

Pour le CHV :

Nous avons eu 14 retours de questionnaires sur 14 proposés (100% réponses) ce qui correspond également à un échantillon représentatif de l'ensemble des Cadres de Santé de l'établissement (14/18 soit supérieur à 75%).

Question 1 : Lorsque vous pensez à votre niveau de bien-être au travail, diriez-vous qu'il est actuellement :

1- Lorsque vous pensez à votre niveau de bien-être au travail, diriez-vous qu'il est actuellement : (cochez la case correspondante)			
Items	Nb	%1	%2
Très satisfaisant	2	7.69 %	7.69 %
Plutôt satisfaisant	13	50 %	50 %
Plutôt pas satisfaisant	8	30.77 %	30.77 %
Pas du tout satisfaisant	2	7.69 %	7.69 %
Ne se prononce pas	1	3.85 %	3.85 %
total	26	100 %	-
nombre d'enregistrements concernés			26 / 26 : 100 %



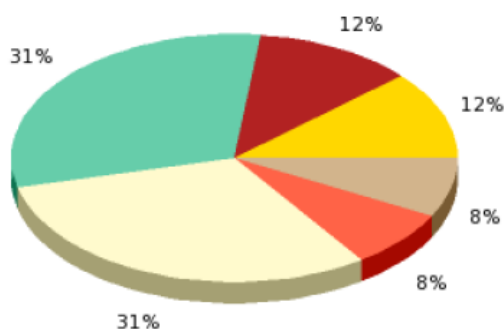
58% des Cadres de Santé interrogés pensent que leur niveau de bien être au travail est satisfaisant à très satisfaisant.

Question 2 : A propos de votre vie professionnelle, diriez-vous que vous êtes satisfait ou pas concernant chacun des éléments suivants :

- **De la collaboration avec les autres lorsque vous devez travailler en équipe**
77% des répondants sont satisfaits.
- **Du temps de transport pour vous rendre sur votre lieu de travail**
92% des répondants sont satisfaits.
- **Des moments de convivialité que vous partagez sur votre lieu de travail**
65% des répondants sont satisfaits.
- **De la compréhension de votre rôle et des attentes de vos supérieurs**
52% des répondants sont satisfaits.
- **De l'équilibre entre votre vie privée et votre vie professionnelle**
50% des répondants sont satisfaits.
- **De vos rapports avec vos supérieurs hiérarchiques**
81% des répondants sont satisfaits.
- **De votre rythme de travail**
50% des répondants sont satisfaits.

Question 3 : Avez-vous le sentiment que votre niveau de bien-être au travail depuis ces 6 derniers mois s'est :

3- Et avez-vous le sentiment que votre niveau de bien-être au travail depuis ces 6 derniers mois s'est : (cochez la case correspondante)				
	Items	Nb	%1	%2
■	Beaucoup amélioré	3	11.54 %	11.54 %
■	Un peu amélioré	3	11.54 %	11.54 %
■	Stabilisé	8	30.77 %	30.77 %
■	Un peu détérioré	8	30.77 %	30.77 %
■	Beaucoup détérioré	2	7.69 %	7.69 %
■	Ne se prononce pas	2	7.69 %	7.69 %
	total	26	100 %	-
	nombre d'enregistrements concernés	26 / 26 : 100 %		



55% des Cadres de Santé ont le sentiment que leur bien être au travail s'est stabilisé, amélioré ou beaucoup amélioré depuis les 6 derniers mois.

Question 4 : Diriez-vous que votre niveau de bien-être (ou de mal-être) affecte votre performance ou votre productivité au travail de façon...

Pour 54% des Cadres de Santé interrogés de façon positive à très positive.

Question 5 : Le développement des nouveaux outils de communication (email, téléphone mobile, web conférence, espaces collaboratifs, réseaux sociaux d'entreprise...) dans le Cadre de votre travail affecte-t-il votre bien-être au travail de façon...

- **Sur votre efficacité**

Pour 65% des répondants de façon plutôt positive.





- **Sur votre concentration**

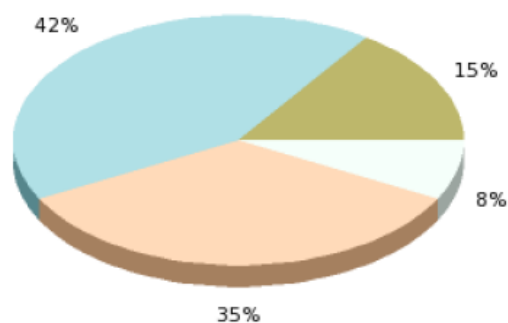
Pour 38% des répondants de façon ni positive ni négative voire pour **35% de façon plutôt négative.**

- **Sur votre niveau de stress**

Pour 50% des répondants de façon ni positive ni négative voire pour **35% de façon plutôt négative.**

Question 6 : Dans votre vie professionnelle au quotidien, comment jugez-vous votre niveau de stress ?

6- Dans votre vie professionnelle au quotidien, comment jugez-vous votre niveau de stress ? (cochez la case correspondante)				
Items		Nb	%1	%2
	Très élevé	4	15.38 %	15.38 %
	Plutôt élevé	11	42.31 %	42.31 %
	Plutôt faible	9	34.62 %	34.62 %
	Très faible	2	7.69 %	7.69 %
total		26	100 %	-
nombre d'enregistrements concernés		26 / 26 : 100 %		



57% des Cadres de Santé interrogés disent avoir un niveau de stress plutôt élevé à très élevé dans leur vie professionnelle au quotidien.

Question 7 : Vous arrive-t-il d'avoir des troubles physiques engendrés par votre activité professionnelle ?

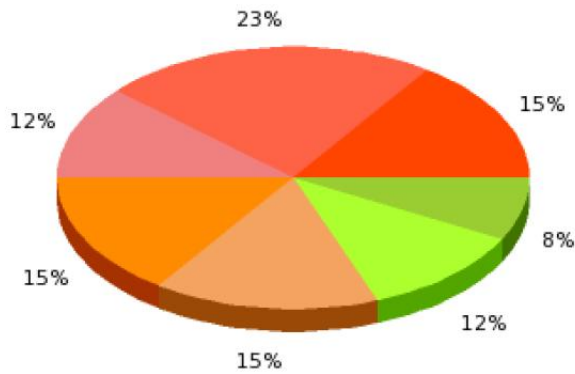
Globalement, les Cadres de Santé ont répondu à 50% ou plus « rarement ou jamais » concernant des moments d'intense fatigue, des Troubles Musculo-Squelettiques (TMS), des émotions pénibles ou négatives, des troubles du sommeil et des troubles alimentaires.

Question 8 : Personnellement, vous arrive-t-il ?

- **De ne pas avoir de visibilité sur vos perspectives d'évolution professionnelle**
Pour 50% des répondants, souvent à très souvent.
- **D'estimer que votre travail et vos efforts ne sont pas appréciés à leur juste valeur (lien avec hypothèse H2)**
Pour 57% des répondants, rarement ou jamais.
- **De ne pas vous sentir suffisamment formé au rôle de manager (lien avec hypothèse H4)**
Pour 81% des répondants, rarement ou jamais.
- **D'avoir du mal à éprouver du plaisir dans votre travail quotidien**
Pour 73% des répondants, rarement ou jamais.
- **D'estimer que l'on vous demande de faire des choses contraires à vos valeurs**
Pour 58% des répondants, rarement ou jamais
- **D'avoir le sentiment que l'on ne vous donne pas assez d'autonomie et de marges de décision (lien avec hypothèse H 3)**
Pour 54% des répondants, rarement ou jamais
- **De ne pas savoir à quoi sert vraiment votre travail**
Pour 80% des répondants, rarement ou jamais

Question 9 : Quel niveau de risque y a-t-il pour que votre travail actuel vous cause de graves problèmes psychologiques ?

9- Quel niveau de risque y a-t-il pour que votre travail actuel vous cause de graves problèmes psychologiques (dépression, épuisement professionnel...)? 1 signifie que le risque est nul et 10 signifie que le risque est élevé. (entourez la réponse correspondante)			
Items	Nb	%1	%2
1	4	15.38 %	15.38 %
2	6	23.08 %	23.08 %
3	3	11.54 %	11.54 %
4	4	15.38 %	15.38 %
6	4	15.38 %	15.38 %
8	3	11.54 %	11.54 %
9	2	7.69 %	7.69 %
total	26	100 %	-
nombre d'enregistrements concernés		26 / 26 : 100 %	



65% des Cadres de Santé interrogés (réponses 1-2-3-4) pensent que le risque que leur travail leur cause des problèmes psychologiques est faible alors que 35% pensent que le risque est élevé (réponses 6-8-9).

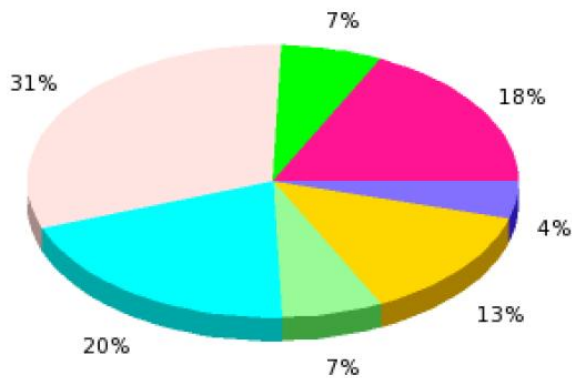
Question 10 : Si vous rencontriez des problèmes d'ordre psychologique dans votre travail, sauriez-vous vers qui vous tourner pour obtenir de l'aide ?

Oui pour 58% des répondants.

Question 11 : Parmi les mesures suivantes, quelles sont les deux qui vous semblent être le plus importantes à mettre en place pour améliorer votre bien être là où vous travaillez ?

- Pour 31% des répondants : dégager du temps pour discuter des améliorations à apporter pour réduire le stress, les conflits
- Pour 20% des répondants : développer les moyens de mieux assimiler le changement de métier et structure

11-			
Pa			
Parmi les mesures suivantes, quelles sont les deux qui vous semblent être le plus importantes à mettre en place pour améliorer votre bien être là où vous travaillez ? (cochez les deux cases correspondantes)			
Items	Nb	%1	%2
Donner de la visibilité sur votre évolution professionnelle	8	17.78 %	30.77 %
Améliorer le confort de l'espace de travail ou les espaces détente	3	6.67 %	11.54 %
Dégager du temps pour discuter des améliorations à apporter pour réduire le stress, les conflits	14	31.11 %	53.85 %
Développer les moyens de mieux assimiler le changement métier et structure	9	20 %	34.62 %
Avoir un supérieur hiérarchique plus disponible, mieux formé à votre écoute	3	6.67 %	11.54 %
Mieux adapter le rythme de travail à votre propre rythme	6	13.33 %	23.08 %
Disposer de formations ou services pour mieux gérer votre stress, votre temps	2	4.44 %	7.69 %
total	45	100 %	-
nombre d'enregistrements concernés			25 / 26 : 96.15 %



Les particularités liées aux établissements :

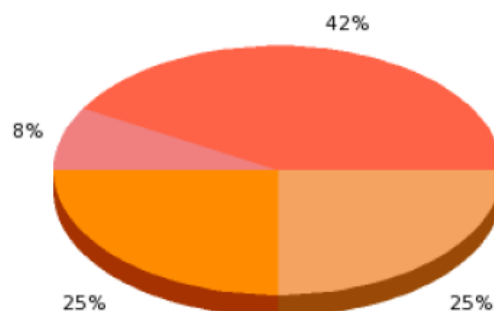
Pour le CHB :

Globalement, les réponses sont plus positives que les résultats de l'échantillon global excepté concernant le niveau de stress. A la question 6, 67% des Cadres de Santé du CHB interrogés disent avoir un niveau de stress plutôt élevé à très élevé dans leur vie professionnelle au quotidien soit 10 points de plus que pour l'échantillon global.

De plus, à la question 9, les réponses concernant les risques que votre travail actuel vous cause de graves problèmes psychologiques s'échelonnent de 2 à 6 avec 50% de 2 et 3 soit un risque faible.

9- Quel niveau de risque y a-t-il pour que votre travail actuel vous cause de graves problèmes psychologiques (dépression, épuisement professionnel...)? 1 signifie que le risque est nul et 10 signifie que le risque est élevé. (entourez la réponse correspondante)

Items	Nb	%1	%2
2	5	41.67 %	41.67 %
3	1	8.33 %	8.33 %
4	3	25 %	25 %
6	3	25 %	25 %
total	12	100 %	-
nombre d'enregistrements concernés			12 / 12 : 100 %



Pour le CHV :

Globalement les réponses sont équivalentes à l'échantillon global voire un peu plus négatives.

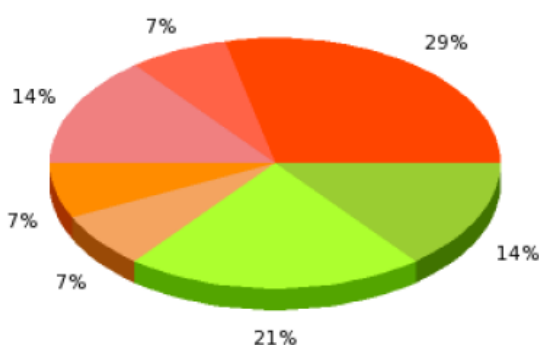
Pour exemple, à la question 2 concernant la compréhension de leur rôle et des attentes de leurs supérieurs, les Cadres de Santé du CHV ont répondu à 43% satisfaisant et à 43% pas satisfaisant (14% ne se prononcent pas). De même pour l'équilibre entre leur vie privée et vie professionnelle qu'ils jugent à 57% non satisfaisante.

De plus à la question 8 concernant l'impression de ne pas avoir de visibilité sur vos perspectives d'évolution professionnelle, 65% des Cadres de Santé du CHV ont répondu souvent à très souvent (50% échantillon global). De même, 73% des répondants du CHV ont le sentiment que leur travail et leurs efforts ne sont pas appréciés à leur juste valeur souvent à très souvent (42% échantillon global). Enfin, 57% des répondants estiment souvent à très souvent que l'on ne leur donne pas assez d'autonomie et de marges de décision (39% échantillon global).

A la question 9, les réponses concernant les risques que votre travail actuel vous cause de graves problèmes psychologiques s'échelonnent de 1 à 9 avec 42% de >5 (6-8-9) soit un risque élevé à prendre en compte.

9-
Quel niveau de risque y a-t-il pour que votre travail actuel vous cause de graves problèmes psychologiques (dépression, épuisement professionnel...)? 1 signifie que le risque est nul et 10 signifie que le risque est élevé. (entourez la réponse correspondante)

Items	Nb	%1	%2
1	4	28.57 %	28.57 %
2	1	7.14 %	7.14 %
3	2	14.29 %	14.29 %
4	1	7.14 %	7.14 %
6	1	7.14 %	7.14 %
8	3	21.43 %	21.43 %
9	2	14.29 %	14.29 %
total	14	100 %	-
nombre d'enregistrements concernés			14 / 14 : 100 %



2.2.3 Analyse croisée : de l'implication de chacun dans le processus de QVT

Le croisement des résultats des questionnaires et des entretiens nous permet de formaliser une réflexion concernant le processus de Qualité de vie au Travail des Cadres de Santé à l'hôpital à travers toutes ses dimensions.

L'implication des directions des établissements de Santé :

Globalement toute démarche d'accompagnement ou de développement de la QVT dans les établissements de Santé nécessite un engagement de la direction et une implication forte. Dans le contexte actuel contraint par les restrictions budgétaires, il n'est pas neutre de porter un intérêt affirmé à la Santé des professionnels et de le leur signifier à travers une communication interne d'une part mais également externe via notamment la participation à des réflexions régionales. Les expériences des professionnels interviewés ont montré que tous les professionnels sont concernés et qu'une volonté forte de la direction participe au processus d'évaluation de la Qualité de Vie au Travail des agents, à la mise en œuvre d'actions d'amélioration ainsi qu'à l'évaluation des résultats et à des réajustements si nécessaire. Même si l'amélioration des conditions de travail des personnels s'inscrit dans le projet social et dépend dans le compte qualité de la Certification HAS des Directions des Ressources Humaines des établissements de Santé, il est indispensable que cette démarche implique tous les acteurs concernés. Ainsi, un travail partenarial est à engager entre les responsables des personnels administratifs, le DS responsable des personnels paramédicaux et le PCME chargé de la coordination des personnels médicaux.

La diversité des acteurs impliqués :

La Santé au travail a été longtemps approchée sous l'angle des risques professionnels et le Document Unique qui permet de les recenser et d'y apporter des pistes d'amélioration. Ainsi, après les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) responsables de nombreux accidents de travail, les Risques Psycho-sociaux (RPS) ont vu le jour et le bien-être ou l'absence de mal-être des professionnels sont venus sur le devant de la scène. Ainsi, les établissements de Santé, souvent poussés par un absentéisme croissant, ont du réfléchir aux conditions et aux enjeux de la QVT des agents. Selon les directeurs interviewés, les médecins, psychologues ou ergonomes du travail sont des partenaires précieux pour aborder ce sujet de par leur connaissance des agents et leur expertise concernant les conditions de travail. De même, toutes les situations de mal-être au travail ou de danger pour les personnels sont analysées avec le concours du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) auquel siègent des représentants du personnel. Les organisations sociales ont un rôle prioritaire à jouer dans la protection de leurs pairs et sont fréquemment moteurs concernant

notamment la mise en place de Contrats Locaux d'Amélioration des Conditions de Travail (CLACTION). De plus les directeurs interviewés ont précisé que des appuis peuvent être apportés par l'ARS et l'ARACT qui sont des acteurs importants pour accompagner la démarche de développement de la QVT.

Le rôle et l'accompagnement de la Direction des Soins dans la démarche :

Les personnels non médicaux et parmi eux les professionnels paramédicaux représentent la majorité des emplois des établissements sanitaires. Ainsi, le Directeur des Soins, dans sa mission de structuration des missions de la Direction des Soins, de l'enCadrement et des professionnels paramédicaux, est en responsabilité de ces agents. Selon les DS Coordinatrice des Soins interviewées, au-delà de veiller à un bon niveau de compétence pour garantir la sécurité des soins, le DS doit également être vigilant à un niveau de bien-être et de motivation au travail permettant la meilleure qualité des soins dispensés aux usagers. Pour ce faire, la connaissance des professionnels et leur évaluation par l'intermédiaire des Cadres de proximité et de pôle est précieuse et permet la gestion prévisionnelle des risques. Il convient d'instaurer une communication réciproque efficace basée sur une relation de confiance avec les équipes d'encadrement. Les Cadres de Santé sont une population à risque d'épuisement professionnel de par leur position d'interface entre la direction, les médecins et les soignants mais également du fait que leur métier évolue rapidement au rythme des réformes avec un travail souvent qualifié « d'invisible » et donc difficile à reconnaître.

Le point de vue des Cadres de Santé de Pôle :

Depuis la mise en place de la Nouvelle Gouvernance, les Cadres de Pôle ont émergé et avec eux une fonction intermédiaire entre la Direction des Soins et le Cadre de Santé de service. Le partenariat avec les médecins chefs de Pôle a complexifié leur positionnement fonctionnel. Cela leur confère une plus grande autonomie relative variable d'un établissement à l'autre en fonction de la structuration en pôle et des délégations de gestion consenties. Concernant leur Qualité de vie au Travail, les professionnels interviewés ont pu exprimer un certain nombre de frustrations liées notamment à un manque de délégations de la Direction des Soins et de la DRH dans la gestion des effectifs et en particulier de l'absentéisme dans leur pôle et des marges de manœuvre concernant les remplacements. Ils ne se sentent pas suffisamment autonomes pour accompagner les équipes et ont le sentiment que les Cadres et professionnels de leur pôle le ressentent et leur accordent moins de crédit.

Le ressenti des Cadres de Santé :

Les Cadres de Santé qui se sont exprimés à travers les questionnaires ont pu globalement afficher un bien-être au travail supérieur à la moyenne. Pour autant, des divergences existent entre les deux établissements enquêtés. En effet, le CHB a communiqué en interne et en externe sur sa démarche de travail sur la Qualité de vie au Travail et s'est inscrit dans un groupe de travail régional alors que le CHV n'a encore initié aucune démarche formalisée. Ainsi, les Cadres de Santé du CHB et CHV ont plutôt une bonne qualité de vie au travail et se sentent suffisamment formés au rôle de manager. Pour autant, ils ont l'impression de ne pas avoir assez de visibilité sur leurs perspectives d'évolution professionnelle. Les Cadres du CHB semblent bénéficier de suffisamment d'autonomie et de marges de décisions nécessaires à leurs missions, ils ont le sentiment que leur travail et leurs efforts sont appréciés à leur juste valeur ainsi que de bénéficier d'un bon équilibre entre leur vie privée et leur vie professionnelle ce qui n'est pas le cas pour les Cadres du CHV en majorité. L'initiation de la démarche du CHB dans l'amélioration de la QVT semble favoriser leur bien-être au travail pour les items précités même si les Cadres du CHB expriment néanmoins un fort niveau de stress. Les Cadres du CHV sont plus à risque que leur travail leur cause de graves problèmes psychologiques.

Le retentissement sur les équipes de soins :

Il existe indéniablement un cercle vertueux entre la QVT des Cadres de Santé et la QVT des professionnels encadrés. L'écoute et l'accompagnement managérial des équipes devraient être sans nul doute impactées par le bien-être au travail de l'encadrement de proximité et de Pôle. Ainsi, prendre soin des Cadres de Santé, c'est également agir sur le bien-être au travail des professionnels de Santé et ainsi sur l'absentéisme et son cercle vicieux en faveur de l'épuisement professionnel.

La qualité des soins prodigués aux bénéficiaires:

Le bien-être, la motivation et la satisfaction des professionnels au travail ne peut être que bénéfique pour les malades. En effet, le sourire, le plaisir au travail sont communicatifs et devraient être ressentis par les usagers de soins. Ainsi une relation tacite entre la QVT des soignants et la qualité des soins pourrait être convenue.

2.3 Vérification des hypothèses posées et conclusion de l'enquête

2.3.1 Des hypothèses affirmées en majorité

A partir de l'analyse croisée développée ci-dessus, nous allons pouvoir affirmer ou infirmer les hypothèses générale et opérationnelles posées en préambule à ce travail d'enquête :

HYPOTHESE GENERALE : « L'implication du Directeur des Soins et plus largement de l'équipe de direction d'un établissement favorise le développement de la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé ».

Elle est **affirmée** au regard des résultats positifs de ressenti de bien-être au travail recueillis auprès des Cadres de Santé du CHB dont l'équipe de direction et en particulier le DS est impliquée dans un processus de QVT des professionnels et des Cadres. A contrario, l'équipe de direction du CHV n'a pas débuté de démarche de QVT et les résultats de ressenti de bien être au travail sont plus négatifs.

HYPOTHESES OPERATIONNELLES

H1 : L'évaluation ou la mesure des difficultés rencontrées au quotidien par les CS (ou conditions de Santé) favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail

Elle est **affirmée** car les Cadres du CHB ont un ressenti global plus positif de QVT que ceux du CHV probablement en lien avec la politique institutionnelle en faveur de la mesure et de la prise en compte des difficultés dans le but d'améliorer la QVT de tous les professionnels et en particulier des CS.

H2 : La reconnaissance des Cadres de Santé favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail

Elle est **affirmée** car les Cadres du CHB ont un ressenti global plus positif de QVT en lien avec le sentiment d'être plus reconnus que ceux du CHV qui ont le sentiment que leur travail et leurs efforts ne sont pas appréciés à leur juste valeur.

H3 : L'autonomie et les marges de décisions attribuées aux Cadres de Santé favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail

Elle est **affirmée** car les Cadres du CHB ont un ressenti global plus positif de QVT en lien avec le sentiment qu'on leur donne assez d'autonomie et de marges de décision alors que c'est moins le cas pour les Cadres du CHV.

H4 : La formation des Cadres de Santé au rôle de « manager » favorise l'amélioration de leur qualité de vie au travail

Elle est **infirmée** car la grande majorité des Cadres interrogés sur ce sujet ont dit se sentir suffisamment formé au rôle de manager et cela ne semble pas avoir pour eux un lien de causalité avec l'amélioration de leur QVT.

2.3.2 Conclusion de l'enquête

Notre enquête nous permet d'établir un lien entre l'implication des équipes de direction et en particulier du Directeur des Soins et le ressenti global des Cadres de Santé concernant leur QVT. Concernant le sentiment des Cadres de Santé au regard des différentes hypothèses opérationnelles, elles varient d'un établissement à l'autre selon qu'il a initié ou non un processus institutionnel de QVT. Ainsi, le CHB qui s'est inscrit dans une démarche interne et externe d'amélioration de la QVT bénéficie de résultats plus favorables en ce qui concerne le ressenti global de QVT et en particulier concernant la reconnaissance au travail et l'autonomie et les marges de décision des Cadres de Santé. Le CHV est l'établissement dans lequel nous prendrons prochainement nos fonctions et il n'a pas eu de DS Coordonnateur Général des Soins en 2016 ; un Cadre de Santé à fait-fonction durant notre formation à l'EHESP. De plus, cet établissement ne s'est pas intégré dans un processus de QVT des professionnels ce qui peut expliquer un ressenti global de QVT moins positif que le CHB.

Ainsi, nous avons réfléchi aux stratégies que le Directeur des Soins, au sein de l'équipe de direction d'un Centre Hospitalier, peut mettre en œuvre en faveur de la QVT des Cadres de Santé des Cadres et ainsi au service d'un bien-être au travail des soignants et d'une meilleure qualité de soins.

3 UNE STRATEGIE D'ACCOMPAGNEMENT DE LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE EN CENTRE HOSPITALIER

Début 2009, Chantal de Singly, alors directrice de l'Institut du Management de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, s'est vue confier par la Ministre de la Santé une mission de réflexion sur « *le renouvellement profond de la fonction Cadre et sa valorisation* ». ⁵⁸ Ses conclusions rendues dans son rapport de la « *mission cadres hospitaliers* » ⁵⁹ sont orientées autour de trois axes que sont la politique managériale, la formation et la revalorisation du statut des Cadres.

En effet, selon elle, une plus grande implication des Cadres dans les instances de décisions est à encourager afin de leur permettre de mieux accompagner les innovations et restructurations nombreuses dans le contexte actuel de la politique de Santé.

De même, la réforme de la formation des Cadres de Santé avec notamment l'accès au grade de master est à retenir comme axe prioritaire. De plus, une revalorisation du statut des Cadres avec une révision de l'évaluation en début de carrière est à envisager avec un rehaussement de leur indice ainsi qu'une modification de leur notation liée à des objectifs avec une prime et un intéressement quant à l'atteinte de ces derniers.

En novembre 2010, le rapport de Michel Yahiel et Céline Mounier « *Quelles formations pour les Cadres de Santé hospitaliers ?* » paraît. Il y est souligné la nécessité de mobiliser tous les Cadres de Santé y compris ceux des instituts de formation des paramédicaux sur « le terrain » où de nombreux postes sont vacants. Une certaine résistance s'est fait jour en particulier autour de la logique de métier et a semblé peu compatible avec la logique gestionnaire et transversale attendue ce qui a retardé la réforme de la formation pour les Cadres.

A ce jour, les constats de 2009 et 2010 sont toujours d'actualité pour les Cadres de Santé et peu d'avancées sont constatées en termes d'implication institutionnelle, de reconnaissance universitaire ou statutaire. Pourtant, cette réforme doit se faire à l'image de celle des professions paramédicales en marche depuis 2009 et notamment pour les infirmiers diplômés d'état qui se sont vus accorder la reconnaissance d'un grade licence et attendent la mise en place d'un parcours complet LMD (Licence-Master-Doctorat). Les premières promotions sont sorties en 2012 avec souvent un bagage universitaire équivalent à celui de

⁵⁸ Lettre de mission de la Ministre chargée de la Santé et des Sports à Mme de Singly, 26 février 2009

⁵⁹ Rapport de la « mission cadres hospitaliers » présenté par Chantal de Singly, 2009

leurs supérieurs hiérarchiques.

Face à tous les constats précédemment évoqués, il s'agit d'inventer des solutions au-delà des méthodes classiques. En effet, mieux former les Cadres de proximité et de Pôles, mieux cibler les profils recrutés est important mais il s'agit aussi de réfléchir à redonner du temps, des moyens, de la marge de manœuvre et du sens à la discussion autour du travail réel dans un univers managérial qui a fortement évolué. Cela consiste, pour le Directeur des Soins à les accompagner, les guider et les soutenir dans les activités d'animation de temps de discussion autour du travail (projet managérial, charte managériale, guide de bonnes pratiques managériales...).

3.1 Manager la Santé des Cadres de Santé et leur QVT : un levier pour le Directeur des Soins

Depuis la loi HPST en 2009, le Directeur des Soins, président de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) est membre de droit du Directoire des établissements de santé et, à ce titre, a un rôle stratégique majeur à jouer auprès du Directeur et du Président de CME. De par sa connaissance des besoins des usagers de soins et des professionnels paramédicaux, il devra participer à impulser une politique d'établissement favorable au développement de la QVT. De même, il devra encourager à travers la politique de soins, le Projet de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (PSIRMT) et la CSIRMT l'évaluation et le développement de la Qualité de Vie au Travail des cadres et des soignants.

3.1.1 Impulser une politique d'établissement en faveur de la QVT

Dans leur rapport remis au Premier Ministre en février 2010, Henri Lachmann, Christian Larose et Muriel Penicaud évoquent dix propositions pour améliorer la Santé psychologique au travail. Parmi elles, nous pourrions noter et transposer aux hôpitaux, la nécessaire implication de la direction générale et de son Conseil de Surveillance. En effet, l'évaluation de la performance doit intégrer, selon nous, le facteur humain, et donc la santé des professionnels quels que soient leurs rôles et missions dans l'institution.

Ainsi, les directions des établissements de santé, dans leur projet d'établissement⁶⁰, devront porter une attention particulière à ces sujets au-delà de la prise en compte des seuls risques professionnels qu'ils soient physiques ou psychosociaux (RPS). La DRH a en charge le projet social⁶¹ qui fait partie du projet d'établissement et qui peut être co-construit avec le

⁶⁰ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁶¹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

concours du Directeur des Soins afin d'apporter une cohérence d'ensemble et en particulier avec le projet de soins. Le projet social concerne en effet tous les domaines d'intervention internes à l'établissement et les axes de développement souhaités à travers les négociations avec les partenaires sociaux et en particulier concernant la santé et les conditions de travail.

Dans le contexte économique actuel des hôpitaux, parler de santé au travail et de Qualité de Vie au Travail des professionnels semble accessoire voire déconnecté des principales préoccupations d'activités et de mutualisations inter-établissements. Pourtant, lorsque l'on analyse le coût économique et humain lié à l'absentéisme et lorsque l'on se penche sur une actualité hospitalière de plus en plus empreinte de « suicides de personnels », force est de constater que nous avons forte à faire en matière d'amélioration de la QVT.

Ainsi, il nous semble prioritaire d'inclure la performance sociale dans les critères de management des dirigeants et de valoriser le rôle du collectif dans l'évaluation de la performance. Ainsi, nous pouvons imaginer en équipe de direction, dans le cadre du projet social, une réflexion autour de chartes de relations de travail permettant d'afficher clairement les règles de vie et d'usage. De même, il nous semble essentiel de maintenir un temps nécessaire et suffisant au management des équipes et d'user du « reporting » ou de techniques inspirées du lean management pour transmettre les informations utiles avec efficience.

De plus et afin de développer la QVT à l'hôpital, il nous semble indispensable de mesurer les conditions de santé et de sécurité des personnels afin d'obtenir un « diagnostic » ou une « cartographie » qui pourrait servir de base de discussion avec tous les partenaires impliqués (Direction, DRH, partenaires sociaux, CHSCT, médecin et psychologue du travail...). Déjà, la seule évaluation des risques ou du niveau de bien-être au travail induit des comportements le plus souvent positifs comme le montrent notamment les résultats de notre enquête développée précédemment. Pour autant, il nous semble pertinent d'inscrire les évaluations dans la durée afin de mesurer leur évolution et de ne pas se contenter d'un état des lieux réalisé à un moment donné. Selon une démarche projet, nous pouvons envisager d'élaborer un plan d'actions prioritaires en lien avec les principales zones de risques identifiées et la mise en œuvre d'actions ciblées à plus ou moins long terme. Une réévaluation régulière du niveau de QVT pourrait ainsi permettre d'évaluer les actions déjà réalisées, leur pertinence et de les réévaluer.

3.1.2 Mobiliser la politique de soins au service de la QVT

Si l'engagement du Directeur d'établissement et plus largement de l'équipe de direction favorise la démarche de QVT, elle ne nous semble pas pour autant représenter un pré-requis et nous pensons que l'impulsion peut venir des acteurs de santé et en particulier du

Directeur des Soins. En effet, celui-ci, dans ses missions centrées sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients ou résidents, est responsable, en partenariat avec la DRH, des professionnels paramédicaux qui représentent la plus grande partie des ressources humaines d'une structure de soins. A ce titre, il est garant de l'organisation des soins et du management des professionnels de santé avec l'aide de précieux collaborateurs que sont les cadres de Pôles et les cadres des services. Le Directeur des Soins doit structurer les missions de la Direction des Soins notamment à travers le Projet de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (PSIRMT) qui fait partie du projet d'établissement⁶². Il « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, en cohérence avec le projet médical et le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.* »⁶³ La co-construction dans une démarche participative du projet de soins avec les équipes d'encadrement et avec les équipes de soins représentées par leurs membres élus à la Commission de Soins (CSIRMT) représente pour nous un véritable outil managérial. Ainsi, le Directeur des Soins peut favoriser la réflexion dans un premier temps autour de l'évaluation de la QVT des professionnels soignants en débutant avec le ressenti des cadres de santé et dans un deuxième temps autour des actions visant à l'amélioration de cette Qualité de Vie au Travail. Nous pouvons donc imaginer de voir porté à la rédaction du projet de soins l'intitulé suivant :

« Développement de la QVT des professionnels soignants :

- Evaluation de la QVT des cadres de santé
- Evaluation de la QVT des professionnels soignants
- Plan d'actions visant à l'amélioration de la QVT
- Evaluation des actions et réajustements.»

La mesure du ressenti de la QVT peut être réalisée à l'aide du questionnaire proposé (Annexe II) ou d'un autre outil. Lors de notre prise de fonction au CHV, nous tiendrons compte des résultats de l'évaluation du ressenti de la QVT des Cadres de Santé et nous prévoyons une première évaluation des autres professionnels à visée diagnostique et une deuxième un à deux ans plus tard pour évaluer l'efficacité du plan d'actions. Les indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des résultats pourraient également être par service ou Pôle, la diminution : du % d'absentéisme, des arrêts de travail liés aux RPS, du turn-over, des demandes de mobilité internes ou externes.

Le Directeur des Soins pourra notamment à travers la Commission de Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) qu'il préside mener des actions dans ce sens.

⁶² Art. L 6143-2 du CSP modifié par ordonnance du 23 février 2010

⁶³ Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le Décret n°2002-550 et portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière

La Commission de Soins a été créée par la loi Evin de 1991 et a vu sa composition et ses attributions étendues par l'ordonnance du 2 mai 2005. A ce jour, la CSIRMT est consultée pour avis sur le projet de soins, sur la politique qualité et gestion des risques, sur la recherche et sur l'innovation paramédicale et le développement professionnel continu (DPC).

Dans le cadre de la prévention et de la gestion des risques (RPS) mais également dans un souci d'amélioration de la QVT des soignants et de la qualité de prise en charge des usagers, un groupe de travail issu de la CSIRMT pourra être constitué pour proposer, mettre en œuvre, évaluer les actions entreprises et proposer les réajustements nécessaires.

Cet axe de travail sur la QVT porté par le projet de soins et travaillé par la Commission de Soins est à articuler avec le projet social sous la responsabilité du DRH et plus largement avec le projet d'établissement. Ainsi nous n'envisageons pas de travailler sur la QVT des cadres de santé et soignants sans une collaboration active avec le Directeur des Ressources Humaines qui pourra ainsi développer plus largement la mesure et l'amélioration de la QVT pour tous les professionnels administratifs et médicaux de l'établissement.

3.2 Vers des initiatives innovantes du Directeur des Soins

Le Directeur des Soins, au-delà d'impulser une politique, d'accompagner des groupes de travail devra se montrer créatif. Ainsi, il pourra accompagner, en partenariat avec la DRH, un projet managérial à l'attention des cadres pour les accompagner dans les bonnes pratiques managériales et participer ainsi à leur bien-être au travail. De même, il aura à réinventer une approche managériale et à encourager et accompagner les initiatives innovantes au service du management.

3.2.1 Développer un projet managérial des cadres de santé

De la même façon que pour impulser une politique en faveur de la QVT des professionnels, le travail sur un projet managérial autour des règles et bonnes pratiques managériales devra être réalisé en étroite collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines, responsable de l'encadrement non soignant. Le Directeur des Soins est responsable du management de l'encadrement partagé et institutionnalisé. Ainsi et nous l'avons développé au cours de ce travail de recherche, une attention particulière devra être portée à la QVT des cadres de proximité et de Pôle.

« La Santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas : les managers de proximité sont les premiers acteurs de Santé. »⁶⁴ Depuis la mise en place des Pôles et de la Nouvelle Gouvernance, les lignes hiérarchiques se sont densifiées et

⁶⁴ LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail

complexifiées. Il nous semble important, en tant que futur Directeur des Soins, d'atténuer le caractère parfois trop matriciel des organisations à l'hôpital afin que chaque agent puisse identifier clairement son supérieur hiérarchique. De même, il nous semble indispensable de considérer que les cadres de santé ne sont pas de simples courroies de transmission et de permettre au manager de proximité de disposer de marges d'adaptation et de décision pour optimiser l'efficacité et la cohésion de son équipe.

Nous préconisons de formaliser un projet managérial permettant d'accompagner l'encadrement. En mars 2013, le rapport d'Edouard Couty sur le pacte de confiance à l'hôpital insiste à nouveau sur le rôle central de l'encadrement hospitalier tout comme l'avait déjà précisé le rapport de Chantal de Singly 4 ans plus tôt : *« l'encadrement a dans le fonctionnement de l'hôpital un rôle central, qui n'est cependant pas clairement affirmé par le Code de la Santé Publique, que ce soit au sein des structures internes – pôles, services [...] ou au niveau de l'institution. Formellement objet d'un consensus complet, le rôle des cadres nécessite une lisibilité qui n'existe pas aujourd'hui, adaptée à des situations et des fonctions variées. »*⁶⁵ Même si le projet managérial s'adresse plus largement à l'ensemble des cadres hospitaliers, nous nous intéresserons ici à la population des cadres de santé qui semblent être les plus mis à mal par l'évolution du contexte actuel. En effet, le Directeur des Soins *« responsable de l'organisation des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, contrôle et évalue la mise en œuvre par les cadres de santé de la politique de soins de l'établissement. Il coordonne l'organisation et la mise en œuvre de ces activités dont il assure l'animation et l'encadrement, sous la responsabilité du chef de l'établissement. »*⁶⁶ Pour ce faire, il doit donc définir une stratégie pour accompagner l'encadrement soignant en cohérence avec le projet d'établissement à travers deux axes ; d'une part une orientation vers les Cadres soignants de Pôles qui gèrent, coordonnent et animent les cadres de santé et d'autre part une orientation vers les Cadres de proximité qui sont porteurs des actions opérationnelles au cœur des services de soins.

Il nous semble indispensable que le Directeur des Soins soit accompagné dans cette mission par un cabinet extérieur ou qu'il bénéficie d'une méthodologie, d'un retour d'expérience positif. Une approche de co-construction participative sous forme de groupe de travail de Cadres de Pôle d'une part et de cadres d'unités d'autre part nous semble la plus pertinente. Cela permet une réflexion sur les valeurs partagées et sur les principes de management partagés. L'objectif de cette démarche participative est de créer un outil qui corresponde aux missions des cadres de santé, qui reprenne leurs valeurs et les facteurs de Qualité de Vie au Travail.

⁶⁵ Rapport de la « mission cadres hospitaliers » présenté par Chantal de Singly, 2009, p.19

⁶⁶ Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le Décret n°2002-550 et portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la Fonction Publique Hospitalière

Ainsi, nous pouvons imaginer, comme cela a déjà été réalisé dans certains établissements, des chartes de management allant même parfois jusqu'à l'élaboration de guides de bonnes pratiques managériales. Les thématiques qui peuvent être abordées dans la charte managériale sont diverses mais nous pensons y retrouver l'éthique et les pratiques du management, la communication, la QVT et les RPS et le processus décisionnel.

3.2.2 Innover et accompagner des initiatives pertinentes

Les initiatives en matière d'amélioration du bien-être au travail et de la QVT peuvent être nombreuses et venir de tous les acteurs hospitaliers qu'ils soient de l'équipe de direction, personnels d'encadrement, acteurs médicaux-soignants ou administratifs, partenaires sociaux, ergonomes, psychologues ou médecins du travail... Il nous semble important de permettre l'expression de tous à ce sujet et notamment que le Directeur des Soins et le Directeur des Ressources Humaines créent de la régulation sociale à ce niveau. Que ce soit à travers des discussions sur les risques professionnels et le Document Unique, les Risques Psycho-Sociaux, l'absentéisme ou le développement de la QVT, il est important d'impliquer les partenaires sociaux et de négocier les facteurs de risques pour la santé psychologique propre à chaque métier à l'hôpital.

Afin d'améliorer la Qualité de Vie au Travail et plus particulièrement des Cadres de Santé, il s'agit de diminuer l'absentéisme et d'améliorer la productivité. De notre point de vue, cette approche dépend beaucoup de la volonté et des valeurs des dirigeants.

Ainsi, les initiatives d'amélioration de la qualité de vie au travail ne manquent pas et certaines entreprises vont jusqu'à « gommer » les lignes hiérarchiques et appliquent le principe de subsidiarité donnant ainsi davantage de responsabilités, d'autonomie et de marges de décisions aux collaborateurs. La notion de « chefferie » s'efface peu à peu au profit du collectif de travail.

Pour cela, il nous semble indispensable de travailler sur le développement à la fois individuel et collectif des cadres à travers des méthodes innovantes.

A titre individuel, face à un défaut de motivation ou à des signes de souffrance au travail de certains Cadres, le Directeur des Soins peut favoriser le recours à « *l'empowerment* » pour leur permettre de reprendre le contrôle de la situation. Il s'agit d'un terme anglais difficile à traduire qui signifie « *autonomisation* » ou encore « *capacitation* » et qui consiste à faire retrouver au personnel en difficulté les ressources internes et la force pour pouvoir agir face à une situation et non pas la subir. « *L'empowerment peut être encouragé par l'organisation et le management dans une démarche d'autonomisation et d'individualisation* »⁶⁷ mais, dans son sens premier, il s'agit de « *self-empowerment* » que chacun peut s'appliquer à soi. Selon

⁶⁷ GRESY J.E., PEREZ NUCKEL R., EMONT P., 2016, *Gérer les risques psychosociaux*, Editions ESF, Collection Formation Permanente, p.39

le triangle schématisé par François Sigaut⁶⁸, chaque individu pour renforcer sa capacité individuelle à agir doit « *porter ses efforts dans trois directions : le rapport à soi, le rapport avec ses collègues et le rapport au travail.* »⁶⁹

La première notion du « *rapport à soi* » implique un travail personnel du Cadre par le coaching par exemple afin de retrouver la confiance en soi, en ses propres ressources internes avec une « renarcissisation » et une revalorisation de l'estime de soi. Pour cela, il s'agit de s'apprécier tel que l'on est et d'être pro-actif.

La deuxième notion du « *rapport avec ses collègues* » renvoie à sa propre identité qui se construit grâce à la reconnaissance de l'autre, des autres. L'ignorance des collègues est le plus grand mépris dit-on car elle conduit dans des cas extrêmes à de l'aliénation sociale qui peut être dévastatrice pour le Cadre de Santé par exemple. Ainsi, il s'agit pour le Directeur des Soins de définir de façon claire les règles du métier à travers une charte ou un guide bonnes pratiques managériales comme nous l'avons précédemment évoqué ce qui permettra au Cadre de s'y confronter et d'y trouver des repères. De même, il devra trouver de l'aide en s'appuyant sur le soutien social afin de pallier ce déficit de reconnaissance ressenti et vécu.

La dernière notion du « *rapport au travail* » ou à l'action est à travailler notamment à travers une mauvaise perception de la réalité de son travail par le Cadre de Santé lui-même induisant une déconsidération de la part de ses collègues. Il s'agira alors pour le Cadre d'agir pour préserver son identité mais en ayant auparavant travaillé sa peur de l'échec. Il devra également stimuler son ingéniosité afin de ne pas se réfugier dans des réponses et des comportements établis de réitération de l'échec. Le Directeur des Soins pourra ainsi apporter une aide dans l'approche des situations et notamment dans la concentration à avoir plutôt sur les bénéfices que sur les conséquences négatives éventuelles car les solutions sont souvent juste cachées derrière le problème. Ainsi, il insistera sur une approche tournée vers les solutions, vers le bien-être à venir et non sur le mal-être passé et tentera de modifier ce que Georges Kohlreiser appelle « *l'œil de l'esprit* »⁷⁰.

A titre collectif, au-delà de « *l'empowerment* », le Directeur des Soins peut favoriser l'accompagnement d'une démarche de « co-développement » du groupe des Cadres de Santé d'un hôpital dans un premier temps et peut-être demain de tous les cadres des établissements de direction commune et du GHT. Le co-développement professionnel et managérial est une approche qui rend acteur et développe l'intelligence collective « *pour*

⁶⁸ SIGAUT F., « Folie, réel et technologie », in Techniques et Culture, n°15, 1990

⁶⁹ GRESY J.E., PEREZ NUCKEL R., EMONT P., 2016, *Gérer les risques psychosociaux*, Editions ESF, Collection Formation Permanente, p.39

⁷⁰ KOHLREISER G., 2007, *Négociations Sensibles. Les techniques de négociations de prises d'otages appliquées au management*, Paris, Village Mondial

*aider les cadres à se regarder pédaler ou regarder les collègues pédaler en toute confiance pour pouvoir faire de l'analyse de pratiques. »*⁷¹ La Méthode canadienne de Payette et Champagne de « co-développement » peut être utilisée par exemple comme au CHL. Elle est née du besoin exprimé par des managers de se former à partir de problèmes réels, vécus par les participants et issus du terrain. La méthode crée un climat de confiance et un processus qui permettent de s'impliquer, de réfléchir, d'analyser sa pratique et de faire évoluer ses propres modèles d'action. *« Il s'agit tout simplement d'une révolution pédagogique et culturelle puisque l'on ne se forme plus à partir d'un savoir qui descend mais à partir de la confrontation bienveillante avec ses pairs. »*⁷²

Le Directeur des Soins pourra intégrer ces méthodes innovantes au projet de soins comme au CHL ou CHP et demander annuellement des actions de formation au plan de formation institutionnel pour les Cadres de Santé volontaires. En effet, cela permettra de former des professionnels cadres motivés qui sauront par la suite former leurs pairs pour créer une véritable dynamique d'analyse de pratiques au service du partage et de la QVT autour des valeurs de confiance et de respect.

En effet, avec le « new management », il nous semble important, en tant que futur Directeur des Soins, *« d'investir plus fortement dans les programmes de formation à la conduite des hommes et des équipes, et aux comportements managériaux. »*⁷³ Ces approches permettent, de notre point de vue de *« redonner de la place à l'écoute sur les lieux de travail par le développement, à côté des managers, de responsables des ressources humaines de proximité ou encore l'instauration de temps réservés au dialogue au sein des équipes. »*⁷⁴

3.3 Développer le management par la QVT des Cadres de Santé

Le Directeur des soins, au-delà de la stratégie et des outils innovants précédemment évoqués devra également travailler le processus même d'accompagnement de la QVT des Cadres de Santé. Ainsi, il s'agira de redonner du sens au management et de favoriser la création d'une identité forte des cadres de santé au sein d'un collectif.

3.3.1 Redonner du sens au management

Avant même d'aborder l'intérêt pour les cadres de santé de se rassembler autour de collectifs de discussion, il nous semble au préalable nécessaire pour le Directeur des Soins de réfléchir aux périmètres des missions des Cadres de proximité et de repérer dans une

⁷¹ Extrait de l'entretien avec la DS CGS du CHL

⁷² <http://www.codeveloppement-professionnel.fr/quatrieme-de-couverture.html>

⁷³ LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail

⁷⁴ LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail

fiche de poste « *les tâches connexes aux activités de management qui se sont parfois tant accumulées qu'elles prennent parfois une place essentielle dans l'agenda du Cadre.* »⁷⁵

De même, il convient pour le Directeur des Soins de s'interroger sur les périmètres, la taille des secteurs et le nombre de professionnels à encadrer afin de permettre un travail de coordination pertinent. Ainsi, cela permet aux managers de se recentrer sur la régulation du soin.

Le rôle des chefferies de pôle est également à interroger dans leur capacité à accompagner et à équiper les Cadres des services dans l'animation de discussions sur le travail. Un certain nombre de questions se posent alors sur le type de réunions, leur nombre annuel, leur fréquence, leur durée et quels acteurs médicaux ou non doivent être sollicités, associés. De même, le Directeur des Soins et les équipes d'encadrement peuvent s'interroger sur les sujets à mettre en discussion, sur la marge de manœuvre laissée à ces espaces de discussion locaux et sur le « reporting » à un niveau supérieur de pôle ou de direction.

De plus, la question de la gestion des ressources humaines des Cadres est à prendre en compte. Outre le positionnement hiérarchique accordé par l'établissement tant du point de vue de l'équipe de direction que de l'encadrement de pôle, il convient d'aborder un certain nombre de points.

D'une part, nous l'avons déjà évoqué, il est pertinent pour le Directeur des Soins de se questionner sur les marges de manœuvre laissées à l'encadrement de proximité selon le principe de subsidiarité. En effet, le Cadre doit bénéficier à son niveau d'une possibilité de répondre en partie au moins aux difficultés des équipes à propos de leur travail au quotidien sinon il n'aura pas de crédit auprès de son équipe. Sans cela, les actions communicationnelles engagées peuvent avoir tendance à s'épuiser. Ainsi, il est essentiel, selon nous de réinterroger la place du Cadre dans la division du travail et surtout dans le processus de décision. Faut-il inscrire le Cadre dans les seules lignes hiérarchiques médicale, soignante, administrative ou dans un Cadre plus large ? Son positionnement pertinent n'est-il pas dans les politiques de Santé, la gestion financière et les besoins des usagers ? Les Cadres de Santé d'aujourd'hui et de demain devront faire face à toujours plus de complexité et en cela, les équipes de direction ont une responsabilité pour assurer une bonne qualité de vie au travail. Elles doivent les professionnaliser et en cela de les autonomiser et les guider dans leur exercice professionnel « d'équilibriste ».

D'autre part, une certaine stabilité des Cadres de proximité est à encourager dans la mesure où les relations sont basées sur la confiance pour évoquer les problèmes et faire émerger

⁷⁵ DETCHESSAHAR M., 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*, n°85, p.31

des solutions.

Enfin, il nous semble prioritaire de porter une attention particulière aux compétences des Cadres de Santé de secteurs que ce soit au niveau managérial, au niveau de la communication, de l'animation mais également en ce qui concerne l'activité du service, ses spécificités et les métiers encadrés. Il nous paraît important d'accorder une place privilégiée à la formation et à l'accompagnement des Cadres de Santé en activité car ils opèrent un travail de liens permanents qui nécessite de prendre des décisions, d'effectuer des arbitrages, de trancher des questionnements. C'est un travail délicat avec des conséquences multiples qui mobilise une foule de compétences sociales d'analyse et de compréhension de situations. De plus, ils doivent repérer les enjeux et se réinventer sans cesse pour repenser les actions dans un contexte hospitalier en pleine mutation.

Ainsi, le Directeur des Soins doit-il se pencher sur la façon d'équiper les Cadres afin qu'ils soient correctement armés pour agir face aux différentes situations rencontrées. Des dispositifs de formation permettant d'enrichir son répertoire et d'élargir son champ de vision concernant les problèmes posés paraissent plus adaptés que des approches classiques. L'institution doit être en capacité de reconnaître la valeur et le travail réalisé par les Cadres de Santé au quotidien et en particulier à travers une politique managériale qui puisse favoriser la prise de fonction des nouveaux Cadres de Santé et l'adéquation de leurs compétences ou technicités aux missions confiées. Même si la polyvalence au sein des organisations du système de Santé est à encourager, elle ne peut pas s'acquérir en dehors de l'expérimentation du système.

De même, Il nous semble indispensable que le Directeur des Soins « *accompagne systématiquement la promotion à un poste de manager d'une formation conséquente aux responsabilités sociales et humaines du manager* »⁷⁶ comme celle qui permettrait à un Cadre de devenir Cadre de Pôle.

De plus, la reconnaissance est indispensable au travail des Cadres de Santé ; c'est une source de motivation qui participe à l'épanouissement et au bien-être au travail.

Il y a un réel enjeu pour les équipes de direction des établissements de Santé de s'intéresser à la reconnaissance dans le travail car elle entretient des liens avec différents comportements ou attitudes.

En effet, des relations vertueuses ont pu être identifiées entre la perception d'une reconnaissance satisfaisante et une bonne santé mentale, un bien-être au travail, une

⁷⁶ LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail

moindre souffrance ou détresse au travail, une meilleure résistance au stress ou encore l'utilisation de stratégies de faire-face plus adaptées lors de difficultés au travail (Dany et Livian 2002).

A l'inverse, le manque de reconnaissance est considéré comme le deuxième facteur de détresse psychologique après la surcharge de travail (Brun et al., 2002). De même, le sentiment d'être reconnu positivement dans son travail est source de satisfaction, de motivation et d'engagement élevés au travail (Bourcier et Palobart, 1997). Cela entraîne également une meilleure estime de soi et une fortification de diverses images identitaires ainsi qu'une perception améliorée du travail (Akremi, Sassi et Bouzidi, 2009 ; Morin et Archambault, 2001).

Enfin, la perception d'une reconnaissance satisfaisante est en faveur d'aspects plus collectifs tels qu'une meilleure qualité de vie au travail dans l'entreprise, la rétention et la mobilisation des personnels (Wils et al., 1998) sur le modèle des hôpitaux magnétiques américains décrit par Matthieu Sibé. « *Les travaux scientifiques récents envisagent l'hôpital magnétique ainsi : « un établissement où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner »* (Brunelle, 2009) ». ⁷⁷ »

Ainsi, placer le travail opérationnel au cœur du métier du Cadre de Santé et travailler sur l'optimisation des compétences, la reconnaissance, le sens et l'autonomie des Cadres de Santé est un enjeu fort pour l'hôpital en matière de Qualité de vie au Travail et de performance des équipes. Pour cela, il nous semble important que le Directeur des Soins envisage un chantier de modernisation du management qui pourrait accompagner celui de la seule gestion à l'hôpital. Le Directeur des Soins et l'équipe de direction doivent être prêts à sans cesse innover tant sur les outils et les moyens que sur les méthodes d'animation et de gouvernance des professionnels de Santé.

3.3.2 Encourager le développement d'un collectif cadres

Le rapport de Chantal de Singly, en 2009, dans ses propositions soulignait l'intérêt de créer un collectif cadres. Depuis une quinzaine d'année, plusieurs établissements ont créé, avec l'appui de la direction, leur propre espace collectif de respiration qui contribue à la reconnaissance institutionnelle du groupe. Souvent ces initiatives sont nées lors de restructurations ou de situations de changements qui représentent des périodes de forte implication des encadrants au bénéfice des patients de leur territoire de santé. Le Directeur des Soins, dans un contexte mouvant de réformes permanentes, doit favoriser voire encourager la création d'un collectif cadres. Dans les retours d'expérience et notamment lors

⁷⁷ SIBE M., 2011, « « Hôpital magnétique » : d'une mesure de l'attractivité des personnels infirmiers vers un modèle de performance des établissements de Santé », p.2

d'un déménagement, les Cadres de Santé peuvent dire que « *cela a participé à créer un fort sentiment d'appartenance et une implication affective importante au nouvel hôpital que l'on pourrait assimiler à un « esprit d'entreprise » et qui a été transmis peu à peu aux nouvelles générations de Cadres de Santé* ». ⁷⁸

La création du collectif cadres peut permettre à chacun de mieux se connaître qu'il soit Cadre de proximité, de Pôle ou Cadre supérieur de Santé.

Des moments de réflexions, de pauses conviviales peuvent être favorisées afin d'aborder des sujets partagés tels que l'absentéisme ou les conditions de travail et des solutions mutualisées inter-Pôles ou interservices peuvent ainsi être imaginées.

De même, le collectif restaure des moments de discussion et d'autonomie dans le travail. Des difficultés peuvent être évoquées et les Cadres peuvent mettre leur intelligence collective au service de leur résolution ou encore analyser ensemble la situation ou les activités internes de l'établissement. Ils peuvent ainsi développer « *un retour collectif sur le travail et sur la qualité du métier* » ⁷⁹ à travers leurs discussions sur leurs pratiques professionnelles.

Enfin, ces temps peuvent permettre de fêter des événements importants tels que des mariages, naissances, promotions, anniversaires etc... Dans le cas évoqué, il s'agit d'une pratique auto-construite en faveur de la qualité de vie au travail des Cadres et elle bénéficie du respect institutionnel. En effet, l'existence et la solidité de ce groupe peuvent être vécues comme garantes de mobilisation des managers dans les projets de l'établissement.

Pour faire face aux difficultés liées au nouveau management public et à la réalité sociétale, les Cadres de Santé peuvent susciter la reconnaissance de leur institution en se réunissant en un corps professionnel basé sur les spécificités de leur exercice professionnel. La constitution d'un collège Cadres autonome encouragé par le Directeur des Soins et plus globalement par l'équipe de direction, à notre sens, leur permettrait d'être plus visibles et donc mieux reconnus.

Le Directeur des Soins ne devra pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus et aura, au contraire, à valoriser le collectif cadres pour rendre les organisations de travail plus motivantes et plus efficaces. En communiquant et en valorisant les solutions collectives apportées aux difficultés dans le travail, le Directeur des Soins soutient et favorise le développement de l'autonomie de l'encadrement ainsi que son sentiment d'appartenance

⁷⁸ LAVOISEY S., mai 2015, « Les Cadres de Santé et la qualité de vie à l'hôpital », Soins Cadres, n°94, p.29

⁷⁹ LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail

identitaire. Il pourra proposer également par exemple que les Cadres de Santé se retrouvent tous annuellement dans le cadre d'un séminaire ou d'une journée de l'encadrement autour de retours d'analyses de pratiques. Même si de nombreuses initiatives inspirées des courants nord américains se font jour en France depuis plusieurs années, tout est à inventer en préservant la notion de collectif et de convivialité et à médiatiser par le théâtre, des ateliers, des retours d'expérience et d'autres initiatives innovantes (Carrefours du Management à Rouen, Semaines de l'encadrement à Lyon...).

« Par ailleurs et au-delà, la création d'un collègue-Cadre peut être source de légitimité pour une Direction des Soins à condition de savoir accepter un regard critique... »⁸⁰

Ainsi, en travaillant sur la cohérence des missions des Cadres de Santé et sur la cohésion du collectif, le Directeur des Soins crée un management par la Qualité de Vie au Travail.

⁸⁰ BOURGEON D. collectif, 2012, *Les Cadres de Santé et la reconnaissance au travail : une position difficile entre soins et management*, Editions Lamarre, p.97

CONCLUSION

Aujourd'hui, la Santé et la vie des hôpitaux en France sont fortement impactées par les contraintes économiques et le train des réformes successives qui conduisent les équipes de direction hospitalières à se renouveler en permanence pour gagner en qualité du travail et en performance. Nous avons évoqué au cours de ce travail que la recherche de performance ne doit pas se faire à tout prix et qu'elle est compatible voire complémentaire de la Qualité de Vie au Travail des professionnels hospitaliers.

Pourquoi s'intéresser aux Cadres de Santé en priorité ? « Les Cadres font tenir ensemble plusieurs mondes, ce qui les oblige à comprendre chacun d'eux, à assurer une activité de traduction d'un monde à l'autre ». ⁸¹ Leur position centrale entre la stratégie de la direction et le travail opérationnel des équipes de soins en font une population à risque, d'autant plus que la spécificité et la diversité de leurs missions en font des candidats potentiels à l'épuisement professionnel.

Notre enquête avait pour objectif de confronter des hypothèses générale et opérationnelles au terrain et nous avons pu affirmer que la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé hospitaliers est améliorée par une implication de la direction de l'établissement dans le processus de QVT, par une évaluation des difficultés rencontrées au quotidien par les Cadres de Santé, par la reconnaissance et par une plus grande autonomie ainsi que davantage de marges de décision. Nous n'avons pas pu établir de lien de causalité en revanche entre la formation des Cadres de Santé au rôle de manager et une meilleure QVT.

Ainsi, le Directeur des Soins en s'engageant dans le processus de développement de la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé hospitaliers bénéficie d'un véritable levier managérial. Il pourra au sein de l'équipe de direction impulser une véritable politique institutionnelle en faveur de la QVT et une politique de soins notamment à travers le projet de soins et la CSIRMT. De même, il pourra accompagner cette démarche continue en co-construisant avec les Cadres de Santé un projet managérial et en encourageant des initiatives managériales telles que « l'empowerment » et le « co-développement ». De plus, le Directeur des Soins, par sa compréhension fine des principales difficultés rencontrées par les Cadres de Santé au quotidien, pourra s'engager dans un management par la Qualité de Vie au Travail en redonnant du sens et en encourageant le développement d'un collectif cadres. **« L'homme qui considère que sa vie est dépourvue de sens non seulement est un homme malheureux, mais de plus sa vie n'a aucune saveur. »**⁸²

Enfin, pour compléter ce travail de recherche, nous pensons que le travail des Cadres de Santé de proximité et de Pôles va encore évoluer notamment avec les Groupements

⁸¹ BOURRET P., *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, p.269

⁸² Albert Einstein

Hospitaliers de Territoire et qu'il convient dès à présent pour le Directeur des Soins d'approcher la notion d'équilibre entre vie privé et vie professionnelle et pourquoi pas à travers le télétravail ? Depuis mai 2016, un guide d'accompagnement de la mise en œuvre du télétravail dans la fonction publique est publié et il nous aidera à écrire le management de demain.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Lois

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF, n°0167 du 22 juillet 2009

Décrets

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n°2010-449 du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans les établissements publics de santé, JORF, n°01404 du 5 mai 2010

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière, JORF, n°00007 du 9 janvier 2014

REFERENTIELS

DGOS, Mars 2010, Référentiel métier de directeur des soins en établissement et en institut de formation

Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L.6147-7 et L.6322-1 du Code de la Santé Publique (V 2014)

EHESP, Direction des études, filière de formation des directeurs des soins, Référentiel de compétences des directeurs des soins, Décembre 2015

Guide HAS relatif à l'interruption de tâches lors de l'administration des médicaments, 1^{er} janvier 2016

OUVRAGES

BRAMI L., DAMART S., DETCHESSAHAR M., DEVIGNE M., HABIB J., KLETZ F., KROHMER C., 2014, *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital, comprendre et agir*, économie et gestion, Paris : Presses des Mines, 156 pages

BOURGEON D. collectif, 2012, *Les Cadres de Santé et la reconnaissance au travail : une position difficile entre soins et management*, Paris : Editions Lamarre, 344 pages

BOURRET P., 2006, *Les Cadres de Santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Paris : Editions Seli Arslan, 269 pages

COLOMBAT P. (sous la direction de), 2012, *Qualité de vie au travail et management participatif*, Paris : Editions Lamarre, 217 pages

CLOT Y., 2015, *Le travail à cœur*, Paris : Editions La Découverte, 198 pages

GRESY J.E., PEREZ NUCKEL R., EMONT P., 2016, *Gérer les risques psychosociaux*, Paris : Editions ESF, Collection Formation Permanente, 247 pages

KOHLREISER G., 2007, *Négociations Sensibles. Les techniques de négociations de prises d'otages appliquées au management*, Paris : Village Mondial, 288 pages

Le GOFF J.P., 1999, *La barbarie douce. La modernisation aveugle des entreprises et de l'école*, Paris : La Découverte, 128 pages

PIOTET F., SAINSAULIEU R., 1994, *Méthodes pour une Sociologie de l'entreprise*, Les Presses Universitaires de Sciences Po, Paris, p.202

POITOU P., 2007, *Le livre noir du travail*, Editions L'Harmattan, 264 pages

THOMASS B., 2015, *Etre heureux avec Spinoza*, Editions Eyrolles, 14^{ème} tirage, 174 pages

PERIODIQUES

DETCHESSAHAR M., 2011, Dossier « Management et Santé », *Revue française de gestion*, n°37/214

PEOC'H N., 2012, Dossier « Hôpital et qualité de vie au travail : quelles perspectives ? », *Revue Hospitalière de France*, n°549

ARTICLES

BITAUD J.R., 2013, « Le management responsable à l'hôpital, réaffirmer l'humain », *Soins Cadres*, n°85, pp.23-27

DETCHESSAHAR M., 2013, « Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management », *Soins Cadres*, n°85, pp.28-32

FRANCHISTEGUY-COULOUME I., 2015, « Au cœur de la complexité des organisations de Santé : le Cadre de Santé, pivot de l'organisation », *Projectique 2015 /1*, n°13, pp.37-50

LAVOISEY S., Mai 2015, « Les Cadres de Santé et la qualité de vie au travail », *Soins Cadres*, n°94, pp.29-30

SAPIN A., FARES N., 2012, « Meilleure qualité de vie au travail, meilleure gestion de l'absentéisme », *Revue Hospitalière de France*, n°549, pp.53-55

SIBE M., 2011, « Hôpital magnétique » : d'une mesure de l'attractivité des personnels infirmiers vers un modèle de performance des établissements de Santé », 18 pages

MEMOIRES

FRANZI B., 2013, « Le projet managérial du directeur des soins, un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement », EHESP, filière Directeur des Soins, 55 pages

WILLEMOT I., 2012, « Management des Cadres de Santé : réduire les tensions organisationnelles pour améliorer la qualité de vie au travail », EHESP, filière Directeur des Soins, 54 pages

RAPPORTS / COMMUNICATIONS

MORIN E., « *Donner un sens au travail* », 2006, Santé mentale et engagement organisationnel, Santé psychologique, rapport R-543, Etudes et recherche HEC Montréal, 48 pages

De SINGLY C., 2009, Rapport de la « mission cadres hospitaliers »,

LACHMANN H., LAROSE C., PENICAUD M., février 2010, Rapport sur le bien-être et l'efficacité au travail

YAHIEL M., MOUNIER C., novembre 2010, Rapport « quelles formations pour les cadres hospitaliers ? »

Baromètre du bien-être au travail des français, novembre 2010, Sondage IPSOS La Tribune

ANACT – HAS, 2013, Repères et principes d'une démarche de qualité de vie au travail dans les établissements de Santé

ANACT, 2015, 10 questions sur la qualité de vie au travail dans les établissements de Santé

COLLOQUES

DANIELLOU F., *La Santé au cœur de l'entreprise*, 2^{ème} conférence débat du SMTI 82, 18 octobre 2012, Montauban

DETCHESSAHAR M., *Management et bien-être au travail*, Colloque Hôpital du Gier et Hôpital Maurice André (Saint Galmier), 22 octobre 2014, Saint-Etienne

SITES INTERNET

<http://www.codeveloppement-professionnel.fr/quatrieme-de-couverture.html>

Liste des annexes

ANNEXE I : Grille d'analyse des entretiens

ANNEXE II : Grille de questionnaire

ANNEXE I : GRILLE D'ENTRETIEN QVT CADRES DE SANTE

1. Pour vous, qu'est-ce que la Qualité de vie au travail ?
2. Dans votre établissement, y-a-t-il une démarche de développement de la qualité de vie au travail ?

Si oui,

Pourquoi l'avoir initiée ? (Absentéisme, RPS, souffrance au travail ?...)

Qui l'a initié ? (Directeur, DRH, DS ou autre... certification...)

3. Avez-vous été formé à la Qualité de Vie au Travail ?
4. Est-elle inscrite dans le projet d'établissement ? le projet social ? le projet de soins ? le projet qualité ?
5. Quelle méthodologie avez-vous choisie ? Sur quelle ressource vous appuyez-vous ?
6. Quel est son niveau d'avancement ? (Objectifs, plan d'action...)
7. Qui est concerné ? Associé ? (Professionnels ? cadres ? partenaires sociaux ? médecin du travail ?)
8. Avez-vous communiqué sur la démarche ? Comment ?

9. Y-a-t-il une démarche spécifique pour la qualité de vie au travail des cadres ?

Selon vous, quelles sont les principales difficultés rencontrées par les cadres dans leur travail au quotidien ?

Comment, selon vous, peut-on permettre aux cadres de santé de se réaliser dans leur travail ?

10. Avez-vous mis en œuvre des actions en faveur de l'amélioration de la QVT des cadres ?

Lesquelles ?

- Mesure des conditions de santé/ difficultés
- Formations au rôle de manager
- Autonomie
- Marges de manœuvre, de décision
- Nouveaux outils de communication

11. Avez-vous mesuré une amélioration de la qualité de vie au travail des cadres suite à ces actions ?

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES CADRES DE SANTE

Cet outil d'enquête est utilisé dans un contexte de recherche professionnelle dans le cadre de mes études de Directeur de Soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. Il s'adresse aux cadres de santé et est anonyme.
Temps de renseignement estimé à 5 à 7 minutes

1- Lorsque vous pensez à votre niveau de bien-être au travail, diriez-vous qu'il est actuellement : (cochez la case correspondante)

- Très satisfaisant
- Plutôt satisfaisant
- Plutôt pas satisfaisant
- Pas du tout satisfaisant
- Ne se prononce pas

2- A propos de votre vie professionnelle, diriez-vous que vous êtes satisfait ou pas concernant chacun des éléments suivants ? (Cochez la case correspondante)

- De la collaboration avec les autres lorsque vous devez travailler en équipe

- Satisfaisant
- Pas satisfaisant
- Ne se prononce pas

- Du temps de transport pour vous rendre sur votre lieu de travail

- Satisfaisant
- Pas satisfaisant
- Ne se prononce pas

- Des moments de convivialité que vous partagez sur votre lieu de travail

- Satisfaisant
- Pas satisfaisant
- Ne se prononce pas

- De la compréhension de votre rôle et des attentes de vos supérieurs

- Satisfaisant
- Pas satisfaisant
- Ne se prononce pas

- De l'équilibre entre votre vie privée et votre vie professionnelle

- Satisfaisant
- Pas satisfaisant
- Ne se prononce pas

- De vos rapports avec vos supérieurs hiérarchiques

- Satisfaisant
- Pas satisfaisant
- Ne se prononce pas

- De votre rythme de travail

- Satisfaisant
- Pas satisfaisant
- Ne se prononce pas

3- Et avez-vous le sentiment que votre niveau de bien-être au travail depuis ces 6 derniers mois s'est : (cochez la case correspondante)

- Beaucoup amélioré
- Un peu amélioré
- Stabilisé
- Un peu détérioré
- Beaucoup détérioré
- Ne se prononce pas

4- Diriez-vous que votre niveau de bien-être (ou de mal-être) affecte votre performance ou votre productivité au travail de façon... ? (Cochez la case correspondante)

- Très positive
- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Négative
- Ne se prononce pas

5- Le développement des nouveaux outils de communication (email, téléphone mobile, web conférence, espaces collaboratifs, réseaux sociaux d'entreprise...) dans le cadre de votre travail affecte-t-il votre bien-être au travail de façon... ? (Cochez la case correspondante)

- **Sur votre efficacité**

- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Ni positive/ ni négative
- Ne se prononce pas

- **Sur votre concentration**

- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Ni positive/ ni négative
- Ne se prononce pas

- **Sur votre niveau de stress**

- Plutôt positive
- Plutôt négative
- Ni positive/ ni négative
- Ne se prononce pas

6- Dans votre vie professionnelle au quotidien, comment jugez-vous votre niveau de stress ? (Cochez la case correspondante)

- Très élevé
- Plutôt élevé
- Plutôt faible
- Très faible
- Ne se prononce pas

7- Vous arrive-t-il d'avoir des troubles physiques engendrés par votre activité professionnelle ? (Cochez la case correspondante)

- **Des moments d'intense fatigue**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

- **Des troubles musculo-squelettiques ou problèmes de dos**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

- **Des émotions pénibles ou négatives (irritabilité, angoisse, stress...)**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

- **Des troubles du sommeil**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

- **Des troubles alimentaires (maux de ventre, variation du poids...)**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

8- Personnellement, vous arrive-t-il ? (Cochez la case correspondante)

- **De ne pas avoir de visibilité sur vos perspectives d'évolution professionnelle**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

- **D'estimer que votre travail et vos efforts ne sont pas appréciés à leur juste valeur**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

- **De ne pas vous sentir suffisamment formé au rôle de manager**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

- **D'avoir du mal à éprouver du plaisir dans votre travail quotidien**

- Très souvent
- Souvent
- Rarement
- Jamais
- Ne se prononce pas

- **D'estimer que l'on vous demande de faire des choses contraires à vos valeurs**
 - Très souvent
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne se prononce pas

- **D'avoir le sentiment que l'on ne vous donne pas assez d'autonomie et de marges de décision**
 - Très souvent
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne se prononce pas

- **De ne pas savoir à quoi sert vraiment votre travail**
 - Très souvent
 - Souvent
 - Rarement
 - Jamais
 - Ne se prononce pas

9- **Quel niveau de risque y-a-t-il pour que votre travail actuel vous cause de graves problèmes psychologiques (dépression, épuisement professionnel...) ? 1 signifie que le risque est nul et 10 signifie que le risque est élevé (entourez la réponse correspondante)**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

10- **Et si vous rencontriez des problèmes d'ordre psychologique dans votre travail, sauriez-vous vers qui vous tourner pour obtenir de l'aide ?**

(Cochez la case correspondante)

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

11- **Parmi les mesures suivantes, quelles sont les deux qui vous semblent être le plus importantes à mettre en place pour améliorer votre bien être là où vous travaillez ? (Cochez les deux cases correspondantes)**

- Donner de la visibilité sur votre évolution professionnelle
- Améliorer le confort de l'espace de travail ou les espaces détente
- Dégager du temps pour discuter des améliorations à apporter pour réduire le stress, les conflits
- Développer les moyens de mieux assimiler le changement métier et structure
- Avoir un supérieur hiérarchique plus disponible, mieux formé à votre écoute
- Mieux adapter le rythme de travail à votre propre rythme
- Disposer de formations ou services pour mieux gérer votre stress, votre temps

Merci d'avoir participé à cette enquête

DENAIS	Vanessa	Décembre 2016
Directeur des Soins Promotion 2016		
Le Directeur des Soins au cœur du processus de Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de Rennes		
<p>Résumé :</p> <p>Dans un contexte hospitalier en pleine mutation du fait des réformes hospitalières et des contraintes économiques, la place accordée par les équipes de direction à la Qualité de Vie au Travail et au bien-être des professionnels ne s'impose pas spontanément. Pourtant, face à un absentéisme croissant et à une actualité lourde de drames par « suicide de personnels », les pouvoirs publics via la démarche qualité de certification de la HAS ou encore à travers diverses publications qui se multiplient depuis quelques années (ANACT, ANI, accord cadres...) entendent bien mettre cette thématique sur le devant de la scène managériale. En tant que futur Directeur des Soins d'un Centre Hospitalier, nous nous sommes donc intéressés à la problématique suivante :</p> <p>« Quelles stratégies le Directeur des Soins peut-il mettre en œuvre pour favoriser la Qualité de Vie au Travail des Cadres de Santé à l'hôpital ? »</p> <p>Une enquête auprès d'équipes de direction, de Directeurs des Soins et de Cadres de Santé de deux CH a permis de mettre en évidence un lien vertueux entre l'implication de la direction dans le processus de QVT, l'évaluation des difficultés rencontrées au quotidien par les Cadres de Santé, la reconnaissance et une plus grande autonomie et davantage de marges de décision et l'amélioration de la QVT des Cadres de Santé.</p>		
<p>Mots clés : QUALITE DE VIE AU TRAVAIL – DIRECTEUR DES SOINS – CADRES DE SANTE – SPECIFICITE DU TRAVAIL – FORMATION - RECONNAISSANCE – AUTONOMIE – STRATEGIE – PROJET DE SOINS - INNOVATION – COLLECTIF CADRES</p>		
<p><i>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.</i></p>		