



EHESP

Directeur des SOINS

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre**

**STRUCTURER LA DIRECTION DES
SOINS : LE DEFI DU DIRECTEUR DES
SOINS
POUR UN MANAGEMENT DURABLE**

Alexandra ANDRO-MELIN

Remerciements

A Madame Simone Veil, sans laquelle notre profession n'aurait pas vraiment le même sens

A Madame Danielle Garrouste qui m'a si bien guidée dans mes premiers pas de manager

A Carroll Paulineau qui n'a jamais permis le doute et m'a ouvert la route,

Aux patients, usagers et professionnels de mon établissement d'origine sans lesquels je ne serai sûrement pas tout à fait la même

A Jean René Ledoyen, Isabelle Monnier et les tous enseignants de l'EHESP qui m'ont aidé à me façonner dans ce nouveau métier

A Jocelyne Chartier et François Giraud-Rochond qui ont ouvert leur exercice à tous mes questionnements et m'ont accompagnée avec tant de disponibilité durant mes stages,

A Jane Laure Danan pour ses conseils et son accompagnement dans cette dernière production

Aux élèves de la promotion Antoine de Saint Exupéry et plus particulièrement à Michèle et Valérie pour cette année de partage et d'amitié,

Et surtout, à tous les miens : mes enfants, mes parents, ma fratrie, mes amis et plus particulièrement mon époux, Éric, pour son soutien incommensurable et son accompagnement sans faille.

« Dans la vie, il n'y a pas de solutions. Il y a des forces en marche : il faut les créer, et les solutions suivent »

Vol de Nuit, Antoine de Saint Exupéry

Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	3
Liste des sigles utilisés	1
Introduction	1
1 De l'organisation de la direction des soins à la Qualité de Vie au Travail	5
1.1 La communication	5
1.1.1 Le sens du travail	7
1.1.2 L'isolement professionnel.....	8
1.1.3 Le positionnement.....	9
1.2 La reconnaissance	10
1.2.1 La compétence.....	10
1.2.2 La motivation.....	12
1.2.3 La visibilité du travail	13
1.3 La qualité de vie au travail.....	14
1.3.1 Management.....	15
1.3.2 Le bien-être au travail.....	16
1.3.3 De l'éthique à l'éthique professionnelle	19
2 Aspects méthodologiques et exploratoires	21
2.1 Du protocole de recherche à l'analyse des données	21
2.1.1 Aspects méthodologiques de l'enquête	21
2.1.2 Les outils sélectionnés et la méthodologie d'analyse	24
2.1.3 Les limites de l'enquête.....	25
2.2 L'analyse des données et présentation des principaux résultats	25
2.2.1 Talon sociologique des répondants.....	25
2.2.2 Le manque de reconnaissance et la difficulté de positionnement des cadres	26
2.2.3 La communication managériale : un levier perfectible	28
2.2.4 L'autonomie et l'implication : une source d'épanouissement professionnel	30

3	De la discussion aux propositions d'actions	34
3.1	Elaborer une stratégie cohérente et porteuse de sens	34
3.1.1	Etablir une ligne managériale construite et aboutie.....	35
3.1.2	Proposer une organisation opérationnelle.....	36
3.1.3	S'appuyer sur une communication construite et structurée	37
3.2	Développer une politique managériale fondée sur l'éthique et la déontologie	38
3.2.1	Partager des valeurs d'éthique et de déontologie :	39
3.2.2	Accompagner la démarche managériale.....	40
3.2.3	Soutenir la recherche et l'innovation	41
3.3	Etablir la confiance et donner du sens à l'action	42
3.3.1	S'appuyer sur le collectif.....	42
3.3.2	Impliquer les acteurs.....	43
3.3.3	Reconnaître et accompagner l'émergence des compétences :	44
	Conclusion.....	46
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	53

Liste des sigles utilisés

ANACT : Agence Nationale des Conditions de Travail
ARS : Agence Régionale de Santé
CGS : Coordonnateur (trice) Général(e) des Soins
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHSCT : Comité d'hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CODIR : COmité de DIRection
COPERMO : COmité d'appui à la PERformance et à la Modernisation
CSIRMT : Commission De Soins Infirmiers, De Rééducations Et Médico-Techniques
CPP : Cadre Paramédical de Pole
CS : Cadre de Santé
CSS : Cadre Supérieur de Santé
CSP : Code de la Santé Publique
DRH : Directeur (trice) des Ressources Humaines
DS : Directeur (trice) des Soins
EDS : Elève Directeur Des Soins
EHESP : Ecole des hautes Etudes en santé Publique
ETP : Equivalent Temps Plein
FPH : Fonction Publique Hospitalière
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sanitaires
NMP : Nouveau Management Public
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
PREF : Plan de Retour à l'Equilibre Financier
QVT : Qualité de Vie au Travail
RSE : Responsabilité Sociale de l'Entreprise
RSO : Responsabilité Sociale des organisations
RPS : Risques Psycho Sociaux
RSI : Responsable de Structures Interne

Introduction

L'évolution de la gouvernance hospitalière, du financement des systèmes de santé comme de l'organisation interne impactent les managers. L'inflation des dépenses de santé en lien avec l'évolution démographique, le coût des équipements et des traitements orientent les établissements dans une recherche constante d'efficience afin de maintenir ou de rétablir un équilibre médico-économique. La mise en place d'un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) à partir de 1995, régule le budget de la Santé et notamment les budgets hospitaliers. Les Agences Régionales de Santé (ARS) s'appuient sur les outils du Nouveau Management Public (NMP) pour orienter ses décisions dans la répartition de l'offre de soins du territoire. De récents articles soulignent le mal être des cadres de santé au cœur de réformes qu'ils accompagnent mais ne comprennent pas toujours. Depuis 2005, ces différentes réformes ont modifié l'hôpital dans sa globalité et engagé une profonde modification de l'organisation et du management des établissements de santé

Dans le cadre de ces attentes institutionnelles, les cadres de santé font face à une multitude de tâches qui les éloignent de leur principale mission¹ de management de proximité : la guidance des professionnels de santé dans la sécurité et la qualité des soins aux patients. Dès 2009, à l'issue d'une mission² portant sur l'encadrement hospitalier, Chantal De Singly affirme que la place des cadres de santé est vécue par les différents acteurs comme un pivot de l'hôpital. Plus récemment en 2013, Edouard Couty³, dans le cadre du Pacte de Confiance à l'Hôpital, souligne l'importance de la place de l'encadrement et reprend les propos du rapport de la mission de Chantal de Singly : *« l'encadrement a dans le fonctionnement de l'hôpital un rôle central qui n'est cependant ⁴pas clairement affirmé par le Code de la Santé Publique, que ce soit au sein des structures internes – pôle, services, ...ou que ce soit 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 variées⁵. »* Cette

¹ Bouret, P. (2008). Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, 128,(4), 729-740. doi:10.3917/rfap.128.0729.

² Ministère de la Santé et des Sports, Rapport de la « mission cadres hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 2009, p.5

³ Edouard Couty, ancien directeur des hôpitaux et conseiller à la Cour des comptes, chargé de la mission sur le Pacte de confiance de l'hôpital

⁴ Ministère de la Santé et des Sports, Rapport de la « mission cadres hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 2009, p.5

⁵ Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales de la Santé, « le pacte de confiance pour l'hôpital » : rapport de synthèse des travaux présenté par Edouard COUTY, mars 2013

lisibilité prend tout son sens dans le projet managérial renforcé par les démarches successives de certification qui interrogent la dimension managériale des établissements.

La question du bonheur au travail a évolué au cours de la dernière décennie et le monde hospitalier n'échappe pas à ce nouveau concept. La Qualité de Vie au Travail (QVT) est d'ailleurs partout prégnante dans les projets de l'hôpital soit parce qu'elle fait partie intégrante de l'évolution des attentes de la certification, soit qu'elle s'appuie sur un projet managérial visant à réduire les risques psycho-sociaux (RPS). Des études internationales montrent des liens entre d'une part, les dimensions managériales et organisationnelles et les conditions de travail, et d'autre part la Qualité de Vie au Travail. Selon l'ANACT, la QVT désigne et regroupe sous un même intitulé les actions qui permettent de concilier à la fois l'amélioration des conditions de travail pour les salariés et la performance globale des entreprises. Le contexte global de l'hôpital comme les enjeux de territorialisation et de performance influent dans la démarche managériale des cadres. animateur de l'équipe d'encadrement, c'est à travers la politique managériale que le Directeur des Soins crée une dynamique de collaboration avec tous les acteurs de l'hôpital.

Pour autant, force est de constater les difficultés des cadres de santé, encore aujourd'hui, à faire face aux différentes réformes. Premier interlocuteur des professionnels de santé, le cadre de santé apparaît également au premier plan de la chaîne hiérarchique dans le management des unités de soins. Aujourd'hui, très souvent, les décisions prises au plus haut niveau lui parviennent comme des injonctions, et confrontent ses valeurs et son éthique. Il lui est alors difficile d'accompagner les changements, de faire adhérer et d'investir les équipes vers les nouvelles orientations. Le manque d'implication des personnels dans les unités mais aussi autour des projets augmente les risques et peut conduire à une diminution de la qualité.

Notre expérience de Cadre Supérieur de Santé (CSS) dans un établissement en déficit et dont le poste de DS est vacant depuis plusieurs années nous permet de d'arriver au constat suivant. La conduite de deux Plans de Retour à l'Equilibre Financier (PREF) puis d'un Comité d'appui à la PERFORMANCE et à la MODernisation (COPERMO) engendrent des modifications d'activités et des redimensionnements d'effectifs pouvant déstabiliser les équipes d'encadrement. L'impact politique comme le climat social délétère ne permet pas toujours une communication immédiate avec l'encadrement de proximité. Le manque d'adhésion aux réorganisations complique et retarde l'effet des économies générées et induit des RPS.

En formation à l'Ecole de hautes Etudes en Santé Publique, notre premier stage nous conduit auprès du Coordonnateur Général des Soins d'un établissement support de GHT. L'attractivité médicale y est très faible et l'organisation des activités évolue en fonction du flux des médecins. La Coordinatrice Générale des Soins conçoit la direction

des soins comme une entité dont « *les cadres de pôles font partie intégrante* ». Le projet managérial s'appuie sur une démarche d'amélioration de la QVT et une communication développée permet l'expression régulière de l'équipe d'encadrement.

Notre deuxième stage se déroule dans un EPS d'une grande métropole. L'intégration des activités dans le cadre du GHT modifie les organisations et les habitudes de travail. La direction des soins est composée d'un CGS et de cadres experts dans les questions des RH, la recherche et la formation, la continuité des soins ainsi que la qualité et la gestion des risques. L'équipe d'encadrement est composée de 20 CPP et 80 CS ce qui ne permet pas toujours une communication régulière du CGS avec de l'encadrement de proximité.

La première partie de ce travail traitera du cadre théorique de l'étude et notamment l'organisation de la Direction des soins et son impact sur l'encadrement, la deuxième partie décrira l'analyse du recueil des données obtenues à partir d'entretiens. Des propositions d'actions seront développées dans la troisième partie. L'objectif de ce travail est de montrer en quoi la structuration et son management de la direction des soins influent directement sur la QVT de l'encadrement dans son ensemble.

1 De l'organisation de la direction des soins à la Qualité de Vie au Travail

La question du management de l'encadrement est donc centrale pour les Directeurs des Soins(DS), elle implique une réflexion stratégique dans la mise en œuvre de la politique managériale, la construction et la structuration de la Direction des Soins. La communication et la reconnaissance de l'équipe d'encadrement impulsées par le Directeur des Soins sont des leviers essentiels à la QVT.

De plus, selon le référentiel de compétences⁶ du Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 - art. 4, « *le Directeur de Soins est responsable de la conception et de la mise en œuvre du projet de soins et des objectifs de qualité et de sécurité des soins définis dans ce cadre. Il en coordonne la mise en œuvre et l'évaluation. Il veille à la continuité des soins et à la cohérence des parcours de soins des patients.*

A ce titre :

- *Il anime et coordonne les activités des cadres soignants, définit leurs objectifs en matière de politique de soins et évalue leurs résultats,*
- *Il participe, avec le directeur chargé de la qualité, à la conception, à la conduite et à l'évaluation du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité,*

Pour pouvoir répondre à cette question d'étude ainsi qu'aux hypothèses de travail, un certain nombre de concepts opératoires vont être investigués.

1.1 La communication

Depuis 2009, sous l'impulsion de la loi HPST, les missions stratégiques du directeur des soins ont évoluées et se sont renforcées autour de la direction générale. La mise en place des pôles a modifié les missions d'accompagnement des cadres supérieurs en les recentrant autour de la fonction de gestion. Le contexte médico-économique fragilisé par la régulation de l'ONDAM oblige les dirigeants de l'hôpital à des réorganisations d'activités régulières pour rester performant. Manager de l'encadrement, le directeur des

⁶ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

soins favorise la mise en place une communication facilitant l'adhésion aux projets et capacitant les professionnels.

La théorie de l'information⁷ est basé sur l'interrogation suivante : comment transmettre un message avec un rendement optimal ? Effectivement, les données brutes ne sont pas toujours assimilables par tous, nécessitent une adaptation pour atteindre un objectif. Shannon, ingénieur en génie électrique, en 1952, définit la communication comme la transmission d'une information adaptée à un récepteur par un émetteur. En psychosociologie⁸, la communication est l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'information et de signification entre des personnes dans une situation sociale donnée. Ainsi, elle revêt différentes formes pour atteindre la bonne cible, la chaîne de communication, en général, est constituée de la manière suivante :

- ⇒ De l'émetteur
- ⇒ Du récepteur
- ⇒ Du message qui est transmis de l'un à l'autre,
- ⇒ Du code qui sert à transmettre le message
- ⇒ Du canal de transmission
- ⇒ Du contexte.

Nous pouvons donc formuler que la communication est un processus complexe qui induit la prise en compte de l'autre, de son environnement et d'un contexte donné. C'est dans cette configuration que le directeur des soins adapte sa façon de communiquer pour informer comme pour engager. Acteur stratège dans l'établissement de santé, la chaîne de sa communication se formule autour :

- ⇒ D'un émetteur : auprès duquel il porte toujours un discours stratégique
- ⇒ De récepteurs pour lequel le message est adapté aux interlocuteurs en gardant l'objectif de représenter une fonction
- ⇒ D'un code : il permet d'asseoir la posture et le positionnement du directeur des soins.
- ⇒ D'un canal de transmission : il est adapté à la nature du message et prend différentes formes pour officialiser, hiérarchiser ou banaliser une information ; il s'appuie sur différents supports tant collectif qu'individuel, écrit, ou virtuel ou encore verbaux, non verbaux ou écrits
- ⇒ D'un contexte : l'environnement, le message à faire passer, la situation de l'établissement sont autant de facteurs à prendre en compte

⁷ Albric, JC. (1999). *Psychologie de la communication, théorie et méthodes ; Cursus*

⁸ Ibid

Il s'agit de la communication managériale. En 2013, l'édition⁹ du 4^{ème} baromètre de la communication dans l'entreprise définit la communication managériale comme la communication portée directement par les managers, en vue de mobiliser leurs collaborateurs au service de la performance économique et sociale de leur entreprise/leur organisation. Selon Marina Bellouin-Volant, experte en communication, « *l'enjeu majeur pour la communication interne est d'accompagner le développement et la performance de l'entreprise quelle qu'elle soit. Cela nécessite parfois de revoir ses propres fondamentaux et de se remettre aussi en question sur ses pratiques et ses outils* ». Le management des cadres de santé doit désormais s'appuyer sur les méthodes de l'entreprise. Le NMP a orienté la gestion des établissements de santé dans une logique de développement de la performance et de l'innovation. En facilitant l'information des cadres de santé, la communication s'inscrit dans une démarche visant à renforcer le sens du travail, à faciliter les échanges et à leur permettre le positionnement inhérent à leur fonction.

1.1.1 Le sens du travail

La question du sens au travail pour le cadre de santé est porteuse de cohérence¹⁰ tant pour lui-même que pour les professionnels qu'il encadre. Selon Frankl, en 1969, « *Le sens du travail a deux racines. Du latin **sensu**, il signifie la faculté d'éprouver des impressions, la faculté de connaître, voire de juger. Il signifie également l'idée ou l'image que représente un signe, une expérience. Par sa racine **sumo**, il signifie la direction, l'orientation que prend quelque chose. En psychologie, le sens se rapporte essentiellement à l'expérience de cohérence, de cohésion, d'équilibre, voire de plénitude. Le sens est aussi associé à la raison d'être et de vivre à la vocation* ».

Une des définitions données par le Petit Robert propose « *l'idée intelligible à laquelle un objet de pensée peut être rapporté et qui sert à expliquer, à justifier son existence* », dans ce cadre le travail pourrait être rapporté à l'objet.

La philosophe Estelle Morin¹¹ définit le sens de travail par trois approches : la signification, l'orientation et la cohésion. Ainsi, elle caractérise ce dernier selon six caractéristiques : l'utilité du travail, sa rectitude morale, les occasions d'apprentissage et

⁹ Baromètre AFCI ANDRH Inergie 2013 sur la Communication Managériale ; 4ème édition

¹⁰ Bouret, P. (2008). Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, 128,(4), 729-740. doi:10.3917/rfap.128.0729.

¹¹ Morin, E. & Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail. *Gestion*, vol. 32,(2), 31-36. doi:10.3917/riges.322.0031.

de développement, l'autonomie qu'il permet, la qualité des relations avec le management et la qualité des relations au sein de l'équipe. Ces différentes approches nous montrent que le sens du travail fait partie intégrante de la fonction managériale. De fait, la question du sens porté par le travail est omniprésente dans le quotidien des managers tant dans l'accompagnement des professionnels que par l'essence même du travail. Ainsi Philippe Laurent, coach, formateur et conférencier définit la posture du manager en trois fonctions : le leader qui donne du sens, le coach qui développe les potentiels et les compétences, le gestionnaire qui contrôle ce qui doit être fait.¹² Il s'agit d'une manière tout à fait contemporaine de lier la question du sens et le management.

La communication ne sert, donc, pas seulement la question de fond de la fonction managériale et des valeurs qu'elle porte car en donnant du sens elle facilite le maintien du lien entre le cadre de santé, les personnels gérés, les pairs et la hiérarchie.

1.1.2 L'isolement professionnel

Etymologiquement, *l'isolement* est un dérivé du verbe isoler venant de l'italien *isolat*, isolé, sans contact avec l'extérieur, du latin *insula*, île. L'isolement est défini comme l'état d'une chose qui est isolée, d'une personne qui isolée, ou d'un groupe de personnes qui se trouve séparé des autres membres de la société. Pour un être humain, cet isolement vis-à-vis d'environnement habituel peut être voulu (recherche d'intimité et de solitude) ou imposé.

La revue *SociologieS*¹³ définit l'isolement dans le cadre professionnel. Elle précise qu'il s'agit d'une problématique, qui intervient tant dans les organismes privés que publics, liée aux nouvelles organisations du travail porteuses de démarches qualité, d'indicateurs, et de forme de travail distancié. Elle distingue l'isolement subi de l'isolement choisi.

La fonction cadre est particulièrement assimilée à la notion d'isolement notamment par rapport au malaise des cadres décrit depuis plusieurs années. Sandra Mignot¹⁴, dans la revue *Objectif Soins et Management*, identifie le mal-être des cadres comme lié aux tensions associées aux changements rapides de procédures, aux soucis d'économie et dilemmes professionnels qu'ils occasionnent. Les principes déontologiques comme les

¹² Laurent, P. Les managers doivent être des leviers de bonheur au travail – publié le 27/10/2015 à 16:01 http://lentreprise.lexpress.fr/actualite/le-management-levier-du-bonheur-au-travail_

¹³ Boboc, A. Bouchareb, K. Deruelle, V Metzger, J.L. « Le coworking : un dispositif pour sortir de l'isolement ? », *SociologieS*, Théories et recherches, <http://sociologies.revues.org>

¹⁴ Mignot, S. Comment sauver le soldat cadre - *Objectif soins & management* – 2016, 06. n°247 - pp. 26-30

valeurs professionnelles des cadres de santé sont régulièrement questionnés par des décisions s'attachant au maintien de la pérennité du système sanitaire pour lesquelles ils ne sont pas toujours en accord ou pas toujours formés.

Nous voyons ici que le décalage entre les preneurs de décisions et ceux qui les appliquent peut conduire à la mise en retrait d'acteurs essentiels dans l'accompagnement au changement. De fait, la mise en place d'une communication s'appuyant à faciliter l'intégration de l'information est un principe permettant l'adhésion des cadres de santé aux changements, objectivant les décisions et évitant le repli de cette catégorie professionnelle.

1.1.3 Le positionnement

La question du positionnement des cadres de santé est capitale dans l'organisation de la direction des soins. En effet, la mise en place des pôles, initiée en 2009 par la loi HPST¹⁵, a augmenté les strates de la hiérarchie en plaçant les cadres de pôles comme gestionnaires. Les cadres de proximité restent donc au niveau intermédiaire de l'organisation. Cependant, leur position particulière entre leur hiérarchie, les équipes soignantes et les équipes médicales les placent souvent en porte à faux par rapport aux objectifs fixés. Selon Paule Bourret : *« les cadres de santé de proximité ont la particularité d'être des encadrants eux-mêmes encadrés ; leur travail consiste à manager, encadrer le travail des autres ... ils mettent la main à la pâte ... Le cadre se trouve à un paroxysme de l'indétermination »*.

Sous leur forme présente de « vrais » cadres, différents des encadrants de soin de la tradition hospitalière, les cadres de santé sont une catégorie relativement nouvelle, mal assurée de son identité et peu dotée de référents collectifs spécifiques. Cependant pour cette catégorie professionnelle, la question de l'identité professionnelle n'est pas négligeable. La notion du cœur de métier n'est plus forcément attendue dans la fonction managériale du cadre. D'ailleurs, depuis 1996, elle apparaît secondairement sur le diplôme. Mal reconnu par les équipes médicales et les équipes soignantes qui attendent de l'expertise dans les soins, le cadre de santé est souvent critiqué pour son travail administratif. Pourtant, les¹⁶ cadres de santé nouent par leur acte de présence un lien étroit avec l'équipe soignante. Être présent au moment des relèves ne répond pas seulement à une utilité organisationnelle (faire le point, anticiper le travail de la journée,

¹⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁶ Lépine,V.(2009). La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante », *Communication et organisation*, 36 , 96-107.

etc.) mais signifie que le cadre est solidairement impliqué avec l'équipe dans le projet de soin des patients.

1.2 La reconnaissance

Dans la langue française¹⁷, la reconnaissance revêt plusieurs significations. Il s'agit de l'action de reconnaître quelqu'un ou quelque chose, de reconnaître quelque chose comme vrai ou réel, d'admettre que l'on est l'auteur ou le responsable d'une action, de reconnaître quelqu'un ou quelque chose comme légitime, ou il s'agit du sentiment qui incite à se considérer comme redevable envers une personne de qui on a reçu un bienfait. Ces multiples facettes nous indiquent que la reconnaissance revêt plusieurs dimensions.

Axel Honneth¹⁸, philosophe et sociologue définit la reconnaissance comme le fait de devoir compter sur et de savoir qu'on compte pour. Il s'agit d'une véritable transaction en trois dimensions qui permet la réalisation des principes de reconnaissance : le champ de l'intimité ou encore de l'amour où la reconnaissance se joue dans la relation affective et rend possible l'accès à une identité personnelle et à la confiance en soi, le champ du droit où la reconnaissance se fonde sur des droits et devoirs égaux entre les individus permettant d'accéder au respect de soi, enfin, le champ social de la collectivité et de la solidarité dans laquelle la reconnaissance est celle de la contribution singulière de chaque sujet à la société et qui autorise l'accès à l'estime de soi.

Pour nous, la reconnaissance se nourrit de la motivation qu'on donne, des compétences que l'on reconnaît et du positionnement qu'on favorise.

1.2.1 La compétence

Selon le Petit Robert¹⁹, la compétence est une connaissance approfondie et reconnue. Le professeur Henri Boudreault²⁰, définit la compétence « *un pouvoir d'agir, de réussir et de progresser qui permet de réaliser adéquatement des tâches ou des activités de travail et qui se fonde sur un ensemble organisé de savoirs (connaissances, habiletés dans divers domaines, perceptions, attitudes, etc.).* » Il fonde cette théorie sur la proposition de Brien « *une compétence est un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être activés lors de la planification et de l'exécution d'une tâche* ». Guy²¹ le Boterf

¹⁷ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

¹⁸ <https://fr.wikipedia.org>

¹⁹ <https://www.lerobert.com>

²⁰ blog.missions-cadres.com/articles/competence-savoir-etre-differences. Compétence, savoir, savoir-faire, savoir-être : quelles différences ? Sylvie Camilleri 09/2015

²¹ Le Boterf, G. (2010). Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence. Les réponses à 100 questions. *Eyrolles*, , 287p

propose, quant à lui, comme définition : *"La compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnés"*. Il en distingue alors plusieurs types:

- ⇒ Savoirs théoriques (savoir comprendre, savoir interpréter),
- ⇒ Savoirs procéduraux (savoir comment procéder),
- ⇒ Savoir-faire procéduraux (savoir procéder, savoir opérer),
- ⇒ Savoir-faire expérientiels (savoir y faire, savoir se conduire),
- ⇒ Savoir-faire sociaux (savoir se comporter, savoir se conduire),
- ⇒ Savoir-faire cognitifs (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre).

Ces différentes approches permettent de mettre en adéquation les compétences individuelles avec les compétences collectives²². De réelles coopérations entre les acteurs se mettent alors en place guidées par les exigences liées à la performance et la compétitivité, la complexité des situations professionnelles, les attentes de l'innovation, ou bien encore l'évolution des organisations de travail.

Le métier de cadre de santé n'échappe pas à cette réalité et nous pouvons voir qu'au-delà d'un apport théorique nécessaire, la compétence requière des savoirs acquis, s'appuyant sur l'expérience et les comportements et bien entendu en lien avec un contexte. Des compétences managériales appropriées favorisent une nécessaire cohérence et un développement du savoir-faire collectif entre les acteurs sous-tendus par la notion de travail d'équipe ubiquitaire dans le soin.

Le dispositif de formation des cadres de santé a été réformé pour la dernière fois en 1995 dans le cadre d'un dispositif regroupant l'ensemble de formations paramédicales. Sa pédagogie est généraliste et s'appuie sur des modules en lien avec la gestion et le management. « *À²³ l'importance croissante de la certification spécialisée pour l'accès à la fonction de cadre observée en France, qui correspond à un modèle de stratification du travail technique fondé sur le diplôme, s'oppose la plus grande prise en compte de l'expérience et du profil personnel du candidat pour le recrutement des managers britanniques, dont la spécialisation intervient en cours d'emploi, sous la forme de formations continues organisées par l'établissement ou les associations professionnelles* ». Depuis 2013, une réflexion sur la réingénierie de formation est en réflexion et vise, entre autre, à prendre plus en compte certains aspects plus spécifiques

²² ibid

²³ Feroni, I. Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue française de sociologie* /3 (Vol. 46), p. 469-494.

de cette profession.

En vingt ans, les reformes se sont succédées et ont joué sur l'évolution du rôle du cadre de santé²⁴. Sous l'impulsion de la mission des cadres hospitaliers présidée par Chantal De Singly²⁵ (2009) d'abord puis du rapport conduit par l'IGAS sur la formation des cadres paramédicaux (2012), des revalorisations indiciaires et catégorielles ont pu aboutir. Pour autant, elles ne suffisent pas à permettre la motivation par le travail, moteur nécessaire à la reconnaissance du travail.

1.2.2 La motivation

La combinaison des besoins et du développement de la satisfaction au travail nous montre que le management permet de créer les conditions nécessaires à la motivation des acteurs. L'organisation de la direction des soins et sa capacité à reconnaître le travail de chacun est un facteur de motivation dans le travail des cadres de santé.

Etymologiquement²⁶, la motivation se définit comme une force qui pousse à agir. Vallerand et Thill, en 1993²⁷, définissent la motivation comme « *le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement* ». Cette définition nous indique dès lors le lien entre les comportements au travail et la performance. Elle en fait un outil indispensable au manager. Sociologiquement, la motivation est reliée à des théories basées sur différents besoins à satisfaire pour motiver. Nous retiendrons l'importance d'être à l'écoute des besoins de l'individu pour Maslow et Alderfer et de prendre conscience de la spécificité des besoins de chaque individu pour McClellan.

Frederick Herzberg²⁸ considère que la motivation au travail est liée à des facteurs de satisfaction et d'insatisfaction qui agissent de manière indépendante l'une de l'autre. Les facteurs d'insatisfaction qui correspondent aux facteurs d'ambiance ou d'incitation²⁹. Ils sont relatifs aux conditions de travail et doivent avoir un niveau minimal de base.

⇒ Politique salariale

²⁴ Divay, S. & Gadéa, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, 128,(4), 677-687. doi:10.3917/rfap.128.0677.

²⁵ *ibid*

²⁶ www.latoupie.fr

²⁷ http://theses.univlyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.de_moura_braga.

²⁸ Frederick Herzberg (1923-2000) est un psychologue américain célèbre pour ses travaux sur l'enrichissement des tâches au travail (source Wikipédia)

²⁹ Ledoux Procaccini, R. Ledoux, JP. (2016). Motivation dans les entreprises : On marche sur la tête. *AFNOR*, 86p.

- ⇒ Conditions de travail
- ⇒ Salaire
- ⇒ Système de supervision
- ⇒ Statut
- ⇒ Sécurité du travail

Pour autant, la motivation ne peut pas provenir uniquement de l'élimination des facteurs d'insatisfaction, il importe que les facteurs de satisfaction existent. Ces facteurs sont relatifs à l'épanouissement de l'individu dans son travail, ils constituent des moyens et des leviers pour agir sur la motivation.

- ⇒ Réalisation de soi
- ⇒ Évolution de carrière
- ⇒ Autonomie
- ⇒ Responsabilités
- ⇒ Reconnaissance
- ⇒ Intérêt du travail

Cette seconde catégorie correspond à la satisfaction que l'individu retire de son travail, elle marque le besoin de reconnaissance et d'existence de chaque individu dans le travail. Cette théorie s'appuie plus sur le contenu du travail comme facteur de motivation et d'évaluation du travail par la personne.

1.2.3 La visibilité du travail

La question de la visibilité du travail des cadres hospitaliers a été mise en évidence dès 2006 par un rapport commandé à Chantal De Singly³⁰, directrice de l'institut du management, à la demande de Roselyne Bachelot, ministre de la santé et des sports. Le rôle central des cadres de santé apparaît au cœur de ce rapport, pour autant il est caractérisé comme invisible. Accentué par la mise en place des procédures et des protocoles, le manque de traçabilité du travail des cadres de santé augmente ce manque de visibilité

Pour Jean-Noël Tardy, historien, la visibilité se définit comme la simple qualité pour un objet d'être vu plus ou moins nettement dans un espace donné. Ainsi, d'un point de vue anthropologique comme social, la visibilité comme l'invisibilité met l'accent sur la notion de pouvoir. « *L'imagerie et la symbolique*³¹... ont démontré toute l'importance des symboles pour le régime républicain. Tous ces travaux retracent des manifestations

³⁰ Ministère de la Santé et des Sports, Rapport de la « mission cadres hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 2009, p.5

³¹ Tardy, J. (2007). Visibilité, invisibilité : Voir, faire voir, dissimuler. *Hypothèses*, 10, (1), 15-24.

spectaculaires de l'autorité politique dans l'espace public, parfois comme exemple du renforcement de son autorité, toujours en lien avec la question de sa légitimité ». Nous pouvons donc nous interroger sur l'impact de la visibilité sur la reconnaissance de légitimité.

Dans les faits, le management à l'hôpital s'exerce en priorité à travers le relationnel et le reporting, prisonnier entre le corps médical et les agents au chevet du malade, le travail du cadre de santé est peu valorisé. Pour Paule Bourret, la visibilité négative est un maillon essentiel aux revendications des cadres, elle met en évidence la question de la qualité de vie au travail.

1.3 La qualité de vie au travail

Il est difficile de traiter de l'épanouissement professionnel sans s'attarder sur la notion du travail. Le travail revêt différentes formes au fil de l'histoire. Etymologiquement, il apparaît dans l'Antiquité sous le terme *tripalium* qui désigne un instrument de torture. Bibliquement, il caractérise la malédiction, notamment, à travers Adam et Eve, chassés du Paradis pour travailler en punition du péché originel. Aristote, quant à lui, estime, que l'on ne peut pas être heureux et gagner sa vie.

Selon l'origine du mot³², la signification modifie la nature du mot pour exemple en fonction de la tâche, de sa temporalité ou encore de sa signification, le sens n'est pas le même. La langue française apporte moins de précision et cible trois champs : l'activité, la façon de réaliser une activité et le résultat de l'activité.

La notion du travail n'est donc pas une notion singulière, il n'a pas le même sens pour tous. Pour ceux qui travaillent, il représente une source d'intérêt, pour celui qui donne le travail, une attente de rentabilité. Le rapport au travail est différent en fonction des catégories professionnelles. Il relève de trois dimensions, pour les uns, il est considéré uniquement comme une source de revenu, alors que pour d'autres, il est une source de réalisation de soi ou de vecteur d'une place dans la société. Ainsi John Kenneth Galbraith³³ qualifie : « Le mot "travail" s'applique à ceux pour lesquels il est épuisant, fastidieux, désagréable, et à ceux qui y prennent plaisir et n'y voient aucune contrainte (...) . "Travail" désigne à la fois l'obligation imposée aux uns et la source de prestige et de forte rémunération que désirent les autres, et dont ils jouissent. User du même mot pour les deux situations est déjà un signe évident d'escroquerie.".

La notion d'épanouissement par le travail naît au XVII^e siècle, au moment du siècle des Lumières. Aujourd'hui, le travail est considéré comme une obligation culturelle

³² Méda,D..Comment s'épanouir au travail. *Le monde* | 21.11.2011 à 13h13 • Mis à jour le 07.02.2012 à 16h02

³³ Galbraith John Keneth. Les Mensonges de l'économie, vérités pour notre temps. Grasset, 2004

que le sociologue, Vincent de Gauvejac, caractérise de vecteur de la réalisation de soi. A partir des années 80³⁴, les directions d'entreprises s'intéressent à la question de l'épanouissement professionnel ; elles s'appuient sur les organisations de travail innovantes, l'autonomie dans le travail et la prise de responsabilité. Les professions d'encadrement se retrouvent plutôt dans la catégorie des professionnels pour lesquels le travail représente une source de réalisation, d'identité ou encore d'épanouissement.

L'épanouissement est issu du verbe *s'épanouir* qui signifie s'ouvrir, atteindre sa plénitude. Les facteurs d'épanouissement au travail s'appuient sur le sentiment d'utilité, le sens donné au travail, la reconnaissance sociale qu'il engendre, le lien social qu'il permet de créer, la possibilité qu'il donne de subvenir à ses besoins, la capacité de maintenir un équilibre entre le temps professionnel et le temps personnel, et la perception possible d'une évolution sociale.

Le travail en tant que tel ne peut représenter à lui seul un frein à l'épanouissement, le management peut également induire sur le travail.

1.3.1 Management

Les établissements de santé, comme beaucoup d'organisations publiques, obéissent à des règles de management dictées par leurs administrations tutélaires. Ceci aboutit à un renforcement du contrôle et la mise en place de contrat d'objectifs et de moyens. « *L'objectif³⁵ est de flexibiliser son fonctionnement, de limiter les lourdeurs administratives et d'impliquer les personnels médicaux et non médicaux dans la prise de décision.* ».

La mission principale du directeur des soins s'articule autour d'un management que l'on pourrait définir comme intégré : management des hommes, management des organisations, management de la sécurité des soins et des risques. A ce titre, il pose une organisation lui permettant de mettre des techniques de management adaptées.

La mise en œuvre de techniques de management issues de l'entreprise se télescope avec des organisations peu enclines à ces évolutions. Issu du français « ménagement » qui signifiait « l'art de bien diriger une maison », le mot « management » s'est adapté à la signification du mot anglais que l'on peut traduire par « action de conduire, d'entraîner de diriger ». Au début du vingtième siècle, le management se décline sur les organisations de travail comme sur les hommes. Prenant leurs sources sur les courants tayloriens du début du siècle, les méthodes de management visent d'abord la

³⁴ Méda,D.Comment s'épanouir au travail. *LE MONDE* | 21.11.2011 à 13h13 • Mis à jour le 07.02.2012 à 16h02

³⁵ Domin,JP.(2016). « La réforme de l'hôpital public. Un management sans ménagement » *La Vie des idées*. <http://www.laviedesidees.fr/La-reforme-de-l-hopital-public.html>

productivité donc la performance. Des courants sociologiques de Drucker à nos jours, ces méthodes ont successivement évolué en s'orientant sur les objectifs puis les compétences guidées par l'évolution des entreprises. Pour autant, depuis la fin du vingtième siècle, on assiste à une mutation du travail. D'abord, les générations n'ont plus du tout le même rapport au travail ; de plus, la mondialisation induit un management par une logique de compétitivité et de rentabilité. Christian Batal³⁶ caractérise le travail « *comme de plus en plus abstrait, unilatéral et servicielle* ». A l'hôpital, nous pouvons dire qu'il est de plus en plus tendu et exercé le plus souvent en mode dégradé, eut égard à la diminution des budgets de santé. Le directeur des soins s'appuie sur l'équipe d'encadrement pour accompagner le management des soins au plus près du terrain. Pour cela il dispose d'un outil essentiel, le projet de soins. Les cadres de santé, comme les cadres de pôles déclinent la politique des soins au cœur des unités de soins. Pour autant, lorsqu'un manager est lui-même sous tension, cela influe directement sur son management.

Les différentes politiques qualité prennent en compte aujourd'hui le volet managérial dans les établissements de santé. Aussi, la dernière version, V2014, intègre des volets spécifiques concernant le management stratégique de l'établissement ainsi que la qualité de vie au travail.

1.3.2 Le bien-être au travail

Le bien-être tout comme le bonheur comporte deux dimensions³⁷. La logique eudémoniste suppose la tendance naturelle pour tout individu d'atteinte du bonheur. Nous pouvons donc penser que le bien-être au travail dépend de la possibilité de s'engager dans des activités en concordance avec nos intérêts, nos valeurs, nos buts de vie, nos besoins psychologiques fondamentaux qui sont des déterminants constitutifs de ce bien-être. La logique hédoniste admet que l'individu a la capacité à éprouver du plaisir. Elle dépend de la fréquence, de l'intensité et de l'accumulation en mémoire d'expériences émotionnellement plaisantes. Induite par la reconnaissance, la motivation et le sens du travail, le bien-être au travail s'appuie sur la démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail.

La qualité de vie au travail est une notion apparue³⁸ au début du vingtième siècle. Corroborée par les travaux de l'Ecole des ressources humaines initiée par Mayo dans les années 20 aux Etats-Unis et sur les revendications des partenaires sociaux depuis

³⁶ Batal, C. & Fernagu Oudet, S. (2013). Compétences, un folk concept en difficulté ?. *Savoirs*, 33,(3), 39-60. doi:10.3917/savo.033.0039.

³⁷ Bourdu, E . Perretié, M. Richer, M. (2016). La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. *La Fabrique de l'industrie*.

³⁸ Ibid

plusieurs décennies, la QVT se fonde sur le besoin de satisfaction individuelle, le poids des facteurs psychologiques pour viser la performance, comme la nécessité d'appartenance à un collectif et de reconnaissance de l'individu au travail³⁹. Les apports récents de la recherche soulignent l'importance de soigner le travail plutôt que de développer le concept de santé au travail. La prise en compte d'un tel développement trouve son sens à travers la signature d'accord avec les partenaires sociaux dès 2013 dans l'industrie puis en 2015 dans la Fonction Publique. Ainsi, le préambule de l'accord national précise alors que⁴⁰ : *« la qualité de vie au travail vise d'abord le travail, les conditions de travail et la possibilité qu'elles ouvrent ou non « de faire du bon travail » dans une bonne ambiance, dans le cadre de son organisation. Elle est également associée aux attentes fortes d'être pleinement reconnu dans l'entreprise et de mieux équilibrer vie professionnelle et vie personnelle. »*. A l'hôpital, *« depuis 1991, l'obligation des chefs d'établissement de sécurité vis-à-vis de leur salarié est instaurée réglementairement⁴¹ »*.

Cette dimension prend tout son sens dans le cadre de la certification des établissements. Initiée dans le cadre de la V2010, l'HAS a fait évoluer la notion en la liant à la qualité des soins. Lier la qualité au management donne du sens au travail tant pour les soignants que pour les managers. Le niveau de bien-être au travail, notamment, des cadres de santé nous semble être un indicateur du projet managérial de l'établissement et relève du management du directeur des soins. Ceci corrobore les propos de Robert N⁴², *« le bien-être du travailleur au travail est relié à trois conditions essentielles : que le travailleur ne soit pas empêché de faire les tâches qui lui sont propres (soigner pour un infirmier par exemple), qu'il dispose des moyens et des conditions adéquates à l'exercice de ses tâches, que sa pratique n'entre pas en contradiction avec le sens « idéal qu'il donne à son travail »*.

Les publications s'appuyant sur le suicide des cadres tant dans l'industrie qu'à l'hôpital nous illustrent l'impact des RPS sur cette catégorie professionnelle qui doit faire face à des injonctions multiples voire paradoxales.

Les risques psycho-sociaux (RPS) ont une dimension plurielle car ils intègrent les éléments de la vie privée et les comportements sociaux ce qui les rend difficile à identifier.

³⁹ Bourdu, E . Perretié, M. Richer, M. (2016). La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. *La Fabrique de l'industrie*

⁴⁰ ibid

⁴¹ E. Hervé. Prévention du burn-out des cadres de santé, un enjeu pour les directeurs des soins et pour la qualité des soins infirmiers. *EMC - Savoirs et soins infirmiers 2016*

⁴² Robert N – Le bien-être au travail, une approche centrée sur la cohérence de rôle. *Irns, NS 267. 2007 ; 36p*

L'approche de Yves Clot⁴³, psychologue du travail, prend en compte deux dimensions : la qualité empêchée du travail qui est liée à l'insatisfaction et de la non reconnaissance et génère du stress et un risque d'épuisement et la reconnaissance du travail qui induit du stress d'inadaptation qui vient d'abord du travailleur lui-même qui ne se reconnaît pas dans ce qu'il fait.

L'épuisement professionnel ou le Burn Out est la conséquence d'un stress professionnel profond. Freudenberg en 1974 le définit comme « *un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué* ». Différentes recherches démontrent que le métier d'infirmier qu'il soit spécialisé ou non est particulièrement exposé au syndrome d'épuisement professionnel. Maslach et Jackson ont mis en évidence trois dimensions relevable dans un test identifié sous le terme de MBI (Maslach Burn Out Inventory)

: l'épuisement professionnel, la dépersonnalisation et le non-accomplissement dans le travail personnel. Selon Ellen Hervé⁴⁴, collaboration avec les médecins, les partenaires sociaux tout comme le manque de reconnaissance, le positionnement difficile et l'absence de communication institutionnelle participe à l'augmentation du stress des cadres de proximité.

L'approche de Lazarus & Folkman en 1984 signale que *dans le cadre du travail, le stress est le plus souvent vu sous l'angle de ses conséquences dommageables à la santé et au bon déroulement des activités. Cette interprétation négative du stress est fréquemment mise en avant lorsque la personne se trouve face à une situation qu'elle perçoit comme menaçante et sur laquelle elle estime avoir peu d'emprise. C'est en particulier le cas lorsque la personne perçoit ses ressources comme insuffisantes pour y faire face.* L'absence de moyen sur le contrôle des activités, l'absentéisme comme le manque de temps pour accomplir ses activités et les conflits de valeurs sont autant de facteurs augmentant le stress pour des cadres de santé.

Le concept de burnout se réfère à un syndrome d'épuisement lié au stress⁴⁵ et renvoie à la sphère professionnelle. Ses conséquences sont multiples: symptômes

⁴³ Bourdu,E . Perretié,M.Richer, M. (2016). La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. *La Fabrique de l'industrie*.

⁴⁴ Ellen Hervé est directeur des soins à l'AP-HP, elle a participé, en 2016, à une enquête auprès de cadres de proximité dans deux établissements

⁴⁵ E. Hervé. Prévention du burn-out des cadres de santé, un enjeu pour les directeurs des soins et pour la qualité des soins infirmiers. *EMC - Savoirs et soins infirmiers 2016*

physiques et psychiques, perte d'estime de soi, efficacité personnelle amoindrie, perturbation de la relation aux patients, erreurs médicales et autres, absentéisme

1.3.3 De l'éthique à l'éthique professionnelle

Selon le dictionnaire Larousse⁴⁶, l'éthique représente la partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale, l'ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un. Traditionnellement à l'hôpital, la question éthique est axée sur le soin. De la conception à la mort, les questions d'origine morales se sont emparées du champ de l'éthique médicale abondée par le progrès et la recherche. D'un point sociologique⁴⁷, l'éthique professionnelle représente l'ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients et le public. Plus largement, il s'agit de la science qui traite des principes régulateurs de l'action et de la conduite morale : la déontologie. Cette dernière définition met en évidence l'aspect dual de l'éthique : la vertu et la morale.

En situation de management, l'éthique prend appui sur le capital humain. L'éthique managériale est définie par l'action qui consiste, en situation de travail, à construire et améliorer son rapport à soi, aux autres et à l'entreprise, dans une perspective de développement personnel et collectif⁴⁸. Elle repose également sur une dualité : l'appartenance au groupe (l'entreprise) et le respect de ses propres valeurs. Ainsi, « *L'éthique managériale peut être considérée comme la façon dont les managers cherchent à se construire une conduite juste en situation professionnelle*⁴⁹ ».

L'hôpital comme l'entreprise⁵⁰ s'est aligné sur un modèle commercial qui suppose des relations de compétition. Cette compétition, en relation avec le pouvoir et la concurrence, s'exerce également au sein des établissements hospitaliers. L'enjeu d'un management éthique est du ressort de la responsabilité, notamment la Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE). En 2009, l'association française de Normalisation (AFNOR)⁵¹ définit la

⁴⁶ <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

⁴⁷ <https://dicophilo.fr/definition/ethique>

⁴⁸ ibit

⁴⁹ Claude, J.-F. (1998). *L'éthique au service du management. Concilier autonomie et engagement pour l'entreprise*. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons. Collection Entreprise & Carrière.

⁵⁰ Flipo, J. (2007). L'éthique managériale peut-elle n'être qu'un facteur stratégique ?. *Revue française de gestion*, 180,(11), 73-88. doi:10.3166/rfg.180.73-88.

⁵¹ UE 01 – Santé publique DS 2017 - Santé au travail et management durable (V. Daubas-Letourneux, L. Madec - DSET)

responsabilité d'une organisation en fonction des impacts de ses décisions et de ses activités sur la société et l'environnement. Elle se traduit par l'attente d'un comportement éthique et transparent qui :

- ⇒ contribue au développement durable, à la santé et au bien-être de la société,
- ⇒ prend en compte les attentes des parties prenantes,
- ⇒ respecte les lois en vigueur et est en accord avec les normes internationales de comportement,
- ⇒ est intégré dans l'ensemble de l'organisation et mis en œuvre dans ses relations.

Le directeur des soins est concerné par tous les défis de l'hôpital. Sa place et sa mission sont essentielles, notamment par son rôle de décideur au sein de l'équipe du directoire, une tâche importante qui nécessite préparation, participation ainsi que déclinaison et suivi des décisions. Responsable de l'animation de l'encadrement, les valeurs qu'il partage comme la politique managériale qu'il conduit sont fondamentales pour un management durable.

2 Aspects méthodologiques et exploratoires

Tout protocole de recherche vise à organiser dans le temps les modalités du travail de recherche. Il prévoit les outils de recherche et la méthodologie et ce, conformément à l'objet de la recherche.

2.1 Du protocole de recherche à l'analyse des données

Nous avons choisi de faire une recherche qualitative avec un outil de recherche autour de questionnaires semi directifs⁵². Une période exploratoire a permis à vérifier la pertinence des questions et leur compréhension auprès de deux professionnels de deux établissements différents. Cette étape a permis la consolidation et la validation de l'outil de recherche. Nous avons choisi de conduire une enquête sur deux établissements dans lesquels nous avons effectués nos stages. Les enquêtes avaient pour cible de mettre en évidence les freins et leviers permettant de faciliter la communication managériale du directeur des soins à travers la structuration de la direction des soins et son impact sur les acteurs. Pour compléter cette étude et obtenir un regard croisé sur la problématique, nous avons souhaité vérifier auprès des élèves directeurs des soins (EDS) s'ils pensaient que la structuration d'une direction des soins pouvait avoir un impact sur la QVT des cadres de santé. Un questionnaire⁵³ en ligne leur a été soumis.

2.1.1 Aspects méthodologiques de l'enquête

Le Centre Hospitalier A est un établissement de santé situé en province. Son activité est déployée sur deux sites hospitaliers principaux distants de 35 kms et disposant chacun de sites périphériques d'hébergements dédiés à l'accueil de personnes âgées. Il est en direction commune d'un troisième établissement de santé situé à 50km. Le site principal dispose d'une capacité de 973 lits et places répartie sur six pôles qui lui confère une activité complète chez l'adulte comme chez l'enfant. En 2016, le CH a réalisé une activité de 44 783 séjours hospitaliers hors dialyse pour un total de 288 252 journées toutes activités confondues et 81 423 passages aux urgences. Il s'appuie sur 2200 ETP de personnel non médical et 254 médecins et sages-femmes. Il s'agit d'un département sinistré en termes de démographie médicale, en secteur libéral comme en milieu hospitalier. Les mouvements de personnels médicaux induisent des réorganisations régulières des activités hospitalières. Le CH a signé un Plan de retour à l'Equilibre

⁵² annexe 1 : entretien semi directif

⁵³ Annexe 2 : questionnaire soumis aux EDS

Financier (PREF) fin 2012 dans le cadre d'un déficit budgétaire de 13,5 M d'euros qui vient d'être reconduit. Dans le cadre de l'amélioration des parcours, le CH a signé une convention constitutive en juillet 2016 l'associant à 11 établissements : 6 CH dont un CHS, et 5 établissements médico-sociaux.

La Direction des Soins est composée d'une Coordinatrice Générale des Soins, de Cadres Paramédicales de Pôles, de Cadres de Santé, d'une Infirmière Coordinatrice en missions transversales, et d'une assistante de direction. Le management des pôles est articulé autour de six CPP dont un cadre sage-femme, 3 CS et une infirmière coordonnatrice assurant des missions transversales. Au total : ce groupe est constitué de 6 cadres paramédicales de pole, cadres supérieurs de santé dont une sage-femme cadre supérieure, 31 cadres de santé, 9 Faisant Fonction de Cadre de Santé, 10 infirmières référentes.

Le management du CH a fait l'objet d'un audit de la fonction encadrement en 2013 mettant en évidence le mal être des cadres hospitaliers. Depuis 2014, une mission management est déployée sur toutes les filières qui a abouti à l'écriture du projet managérial. Dans un contexte de performance et de mutation, la place des cadres de santé représente un enjeu de performance notable. De fait, son rôle est identifié comme fondamental dans la politique d'accompagnement des soignants, dans la qualité de la prise en charge et la gestion des risques.

Le CHS B est un EPS qui couvre une partie des secteurs de psychiatrie du département W. En 2016, l'établissement B s'étend sur un périmètre de 9 secteurs pour servir une population de 880 140 patients majoritairement à revenus et niveau de vie faibles voire très faibles. Cet établissement emploie 2597 agents dont 202 ETP médicaux.

En direction commune depuis janvier 2014, il est intégré à une Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) de 3 établissements depuis 2012. Ces établissements organisent et prennent en charge les soins psychiatriques de toute la population sectorisée dans le département W. La CHT, préfigurant une organisation par territoire envisagée par la Loi Santé, a été transformée en GHT le 01/07/2016. Celui-ci est composé de trois établissements publics (C, B, V) et de deux établissements partis. Ce dispositif repose sur une forte délégation du management : les directeurs de site bénéficient d'une délégation complète. Les deux établissements publics de santé C et B assurent la prise en charge en santé mentale des patients sur l'ensemble du département. Les secteurs du troisième EPS V ont été transférés sur les deux autres. Il développe maintenant une offre à orientation médico-sociale.

La Direction des Soins de l'établissement B est située dans un bâtiment administratif qui regroupe également la direction générale, la direction des finances, la direction de la

qualité. Le bâtiment est situé à l'extrémité du territoire ce qui ne simplifie pas la coordination des soins, le regard sur le terrain et l'accompagnement des cadres de santé. Une telle configuration oblige à des organisations et une communication très structurées.

Le CGS, comme tous les directeurs, a une autonomie particulière sur les questions liées à son domaine de compétences qui va jusqu'à la délégation de signature. Dans le cadre de la direction commune, une coordination du CGS de territoire est instaurée entre toutes les directions des soins des établissements partis et les projets sont partagés. La direction des soins est composée :

- ⇒ Du CGS,
- ⇒ De quatre Cadres Supérieurs de Santé (CSS) experts dans leur domaine et une Cadre de Santé (CS) chargée de missions auprès du CGS,
- ⇒ De vingt Cadres Paramédicaux de Pôle (CPP)
- ⇒ De six CS et CSS chargés des activités transversales

Sous le contrôle du CGS, les cadres experts sont chargés de la question du temps de travail et des recrutements, de la recherche et du tutorat, de la qualité et la gestion des risques, et de l'hygiène. L'équipe est complétée par une assistante de direction et un adjoint administratif. Il faut noter ici que chaque secteur correspond à un pôle. Chacun des pôles s'appuie sur un Chef de pôle et un CPP. Chaque unité d'hospitalisation est managée par un CS de jour et un CS de nuit.

Cette configuration permet au CGS, d'un établissement décentralisé, spécialisé et qui s'étend sur un territoire étendu, de s'accompagner de compétences qui facilitent une coordination réelle et effective des soins et une aide à la décision.

Ces constats posés dans un contexte et un environnement différents nous amènent à formuler la question suivante :

En quoi, la structuration de la direction des soins par son Directeur des Soins est un levier pour l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail des cadres ?

Afin de répondre à cette interrogation, nous formulerons les hypothèses suivantes :

- ⇒ *Il existe des freins et les leviers pour susciter l'adhésion des cadres de santé aux changements et /ou aux projets.*
- ⇒ *La communication favorise une meilleure adhésion des CS à la politique de l'établissement.*

⇒ *La structuration de la Direction des Soins procède de l'adhésion des cadres de santé à sa politique et subséquemment à l'épanouissement professionnel des cadres de santé.*

2.1.2 Les outils sélectionnés et la méthodologie d'analyse

Plusieurs outils de recueil sont à la disposition du chercheur. Comme outil principal de recueil des données, nous avons choisi l'entretien semi-directif car il est apparu plus en lien avec les attentes de ce travail. Il permet d'orienter l'entretien tout en laissant un espace de discussion à l'interviewé. Afin de cerner nos recherches, nous avons exploité différents documents tels que des textes législatifs, des notes ministérielles, des revues professionnelles, des articles de presse sur le sujet ainsi que la documentation afférente aux établissements précédemment cités.

FONCTION	CHB	CHA
<i>Président de la CSIRMT de Territoire</i>	1	1
<i>Coordonnateur Général des Soins</i>	1	1
<i>Cadre Paramédical de Pole</i>	2	2
<i>Cadre de Santé</i>	1	1

Un entretien exploratoire a permis de préciser les questions et d'adapter le questionnaire à la population choisie. La durée des interviews s'échelonne de quarante-cinq minutes à une heure trente. Les interviews se sont tenues autour de questionnaires adaptés⁵⁴ aux catégories rencontrées et cadrés grâce à une grille d'entretien. Le choix des candidats s'est fait en lien avec le CGS de l'établissement concerné et en fonction de la disponibilité des acteurs. Des rendez-vous ont été organisés et l'enregistrement des conversations a fait l'objet d'un accord au préalable de la personne concernée. Une grille de recueil a permis une analyse plus fine du contenu des interviews. La confidentialité et l'anonymat des professionnels ont été respectés. Une grille d'analyse⁵⁵ a été construite afin d'harmoniser le recueil des éléments à traiter.

⁵⁴ Annexe 1 : questionnaire d'entretien

⁵⁵ Annexe 3 : grille d'analyse des entretiens

2.1.3 Les limites de l'enquête

La contrainte de temps a limité l'exhaustivité de cette étude. L'échantillonnage des personnes interviewées ne permet pas de généraliser les résultats obtenus. Les points forts résident dans la différence structurelle des établissements et l'avis des présidents de CSIRMT de territoire. Ces derniers représentent l'évolution théorique des fonctions en lien avec la territorialisation des soins. La qualité des échanges et leur nature ont été extrêmement riches et ont permis un recueil exhaustif.

2.2 L'analyse des données et présentation des principaux résultats

2.2.1 Talon sociologique des répondants

Notre choix des acteurs s'est appuyé sur la problématique que nous avons souhaité croiser à la dimension du territoire. De fait, il nous a semblé pertinent de rencontrer les coordonnateurs des soins et les cadres et cadres de pôle concernés mais également les présidents des CSIRMT de territoire. L'intérêt d'une variable d'acteurs réside dans le recueil de données de la parole de professionnels hiérarchiquement en lien les uns avec les autres. Ce qui dans le cadre d'un travail sur l'adhésion aux projets, la sensation de mal-être et le sentiment de reconnaissance nous a paru le plus pertinent. La répartition des professionnels interviewés est la suivante :

TALON SOCIOLOGIQUE				
	Population des cadres de santé	Population des cadres paramédicaux de pôles	Population des directeurs des soins	Population des présidents de CSIRMT de GHT
Nombre	2	3	2	2
Sexe	Femmes	1 homme, 2 femmes	1 homme, 1 femme	2 femmes
Ancienneté dans la fonction	18 mois	8,5 années	17, 5 années	11,5 années

2.2.2 Le manque de reconnaissance et la difficulté de positionnement des cadres

La question du mal-être des cadres fait débat dans la presse professionnelle comme dans la presse nationale⁵⁶. Dans un premier temps, il nous est apparu opportun de vérifier le ressenti de ce malaise auprès des acteurs. La première question portait sur le mal-être des cadres et visait à identifier les facteurs de risque.

Globalement, cette problématique est bien identifiée par les cadres de pôle comme par les directeurs des soins. Nonobstant, les directeurs des soins la déclarent constante depuis plusieurs années : « *le malaise des cadres, on en parle depuis que je suis cadre* ». Depuis les années 2000, nous assistons à un bouleversement du monde du travail. L'intensification des conditions de travail impactent, également, l'hôpital public. La nécessité de rentabilité se traduit à l'hôpital par la rationalisation des moyens humains et l'introduction de la polyvalence qui jouent sur les relations sociales. La place du patient, sous l'influence de la loi Kouchner⁵⁷, transforme cet acteur en client que l'on peut considérer comme un véritable acteur du système de santé qui participe au pilotage des établissements de santé. Le double mécanisme d'auto-amélioration et la pression exercée sur le personnel induisent une individualisation des relations de travail. C'est dans ce nouvel environnement qu'intervient le cadre de santé, acteur pivot de l'organisation des soins. Pour autant, les jeunes cadres de santé interrogés déclarent ne pas ressentir la notion de malaise pour eux-mêmes mais l'observer chez leurs collègues. Il peut s'agir d'un biais lié au choix de la population. Ils définissent un malaise plutôt qu'un mal-être et l'associent à différents facteurs, notamment la reconnaissance et le positionnement.

A Honneth définit la reconnaissance comme le fait de devoir compter sur et de savoir qu'on compte pour, il s'agit d'une véritable transaction. Les entretiens révèlent que, pour les cadres, la notion de reconnaissance s'entend, tant vis-à-vis des rapports qu'ils entretiennent que par rapport au travail qu'ils effectuent. De fait, les DS identifient que la densification du travail comme l'évolution de sa complexité depuis plusieurs années sont autant de facteurs aggravant le malaise des cadres. Subséquemment, la pyramide de Maslow, fondée sur l'accomplissement, l'appartenance et le pouvoir, besoins essentiels pour activer la motivation, est un élément susceptible d'expliquer la situation des cadres de santé aujourd'hui. Ces derniers soulèvent le manque de visibilité des actions et des activités qu'ils déploient vis-à-vis des différents acteurs notamment avec le corps médical

⁵⁶ Farge, A. Les cadres se rebellent. *Le monde économique*. 30.06.2017 à 10h37 • Mis à jour le 30.06.2017 à 10h49 |

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

et les équipes paramédicales. Comme le décrit, Isabelle Feroni⁵⁸, maître de conférences en sociologie, les métiers du soin s'appuient sur des valeurs phares conduisant à des relations relativement hiérarchisées. Ils peuvent être confrontés aux valeurs plutôt considérées comme paternalistes⁵⁹. Ceci peut expliquer, les rapports décrits comme difficiles avec le corps médical pour les cadres de santé, premier maillon hiérarchique des professions paramédicales. Associés au choc culturel d'une fonction idéalisée, ces difficultés participent également au mal-être des cadres. Ce phénomène est accentué par la logique de traçabilité, rendue systématisée, des démarches de certification qui permettent une plus grande lisibilité des actions. Cette fonction est en attente de réelle considération : « *il doit y avoir des cadres qui ont besoin de considération de leur hiérarchie, d'être remarqué de façon positive ou négative.* ».

A l'interface entre les patients et leurs familles, les équipes médicales et paramédicales, le cadre de santé est un pivot dans les établissements de santé. Ecartelés par les logiques de terrain, ils reçoivent des injonctions paradoxales dans le cadre du management des soins. « *le malaise des cadres c'est surtout le positionnement : jusqu'où on peut aller, jusqu'où on peut s'investir* ». Ainsi, la notion du positionnement des cadres dans l'institution fait débat tant pour les DS et les CPP que pour les cadres eux-mêmes. Les cadres interrogés relèvent la difficulté à assumer les politiques institutionnelles plus orientées vers une logique médico-économique que vers l'approche qualitative attendue par les équipes médicales et paramédicales. « *le malaise est lié au fait qu'ils sont souvent en première ligne* ».

Pour les directeurs des soins aussi, la problématique du sens du travail est majeure pour cette catégorie professionnelle. La visibilité des acteurs est fondamentale dans le management des soins. Selon Tardy, « *Le management c'est "tisser le lien invisible" qui conduit nos équipes vers le mieux pour le bénéficiaire du principal intéressé : le patient. C'est justement cette notion d'invisibilité, liée aussi au travail relationnel jamais quantifié, qui crée toute la difficulté dans la représentation que nos "collaborateurs médicaux mais aussi directionnels" ont de nous* » Elle touche les cadres de santé mais aussi les directeurs des soins. Bénéficiant des différentes réformes, la place du directeur des soins a évolué lui conférant une place de décideur à l'hôpital. Pour autant, les métiers de l'encadrement des soins ne sont pas inscrits dans le Code de la Santé Publique (CSP). La lisibilité d'une fonction s'appuie tant sur la visibilité physique que sur les

⁵⁸ Cresson G.Schweyer F.X.(2000) Profession et institutions de santé face à l'organisation du travail, aspects sociologiques, eds Rennes, Edition ENSP

⁵⁹ ELGER, B S. *Le paternalisme médical : mythe ou réalité? Aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant*. Genève : Médecine et Hygiène, 2010. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:27848>

représentations sociales qu'elle renvoie. Aussi, le positionnement du cadre est étroitement lié à la visibilité du DS et à sa place dans les organisations de l'établissement

2.2.3 La communication managériale : un levier perfectible

La fonction de Directeur des soins a évolué au fil des réformes de l'hôpital. Introduit par la loi HPST, le décret de compétence n°2010-1138 du 29 septembre 2010⁶⁰ lui confère des fonctions de coordination générales des activités de soins tout en le positionnant dans l'équipe de direction. Ainsi, cette direction contribue collectivement à l'élaboration de la stratégie et de la politique de l'établissement et à son application à travers le management des acteurs.

Les questions 2 et 3 de l'entretien visaient l'adéquation des missions des cadres avec les attendus de leur fonction ainsi que leur implication à la politique de l'établissement. Tous les acteurs estiment qu'il est nécessaire d'associer le cadre à la politique institutionnelle notamment eu égard à la fonction de communication dont ils sont porteurs et leur capacité à faciliter l'adhésion du terrain aux projets. Il s'agit là d'un enjeu essentiel de reconnaissance et de motivation des CS pour le DS.

Cadre de Santé	Cadre Paramédical de Pôle	Coordonnateur Général des Soins	Président de CSIRMT de territoire
Management des activités de soins	Management des activités et de la qualité	Management des ressources et des moyens	Positionnement adapté aux acteurs et aux situations
Communication	Gestion et management des équipes paramédicales	Développement de son réseau professionnel	Accompagnement au changement
Conduite de projet	Conduite de projet	Pilotage des projets en liens avec le CPP	Gestion de qualité et de la sécurité des soins
Développement des compétences	Communication notamment coordination entre équipe médicale et paramédicale	Susciter la recherche	Prendre soin de son équipe

En croisant les résultats obtenus au cours des entretiens, nous nous apercevons que bien que les différents acteurs n'interprètent pas forcément de la même manière les missions attendues pour les cadres de santé, la place du cadre est bien identifiée comme un manager au sein de l'institution. Pour autant, en termes de sémantique, tous les acteurs n'ont pas le même vocable. Par exemple pour nommer la fonction de communication, les différents acteurs emploient les termes de *diplomatie*, *pédagogie* à

⁶⁰ Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière

l'adresse des équipes ou encore *capacité à traduire un message à différents publics*. Nous nous apercevons, qu'en fonction de la position occupée, les mots n'ont pas forcément la même interprétation et correspond au champ de ce qu'en attend l'interlocuteur. Pour exemple, les cadres cernent leur exercice à travers la fonction. Ainsi, le management est rattaché « *au terrain* » ou encore « *aux soignants* » et englobe *la connaissance de son service, le contrôle et les attendus des prises en soins*. Pour les CPP, la notion de management concerne surtout les moyens pour le permettre « *gestion du temps et organisation des soins* » ou bien « *contrôle et évaluation* », alors que les directeurs des soins comme les présidents de CSIRMT de territoire, le management correspond plus à notion de la posture et de résultat « *positionnement adaptés aux acteurs et aux situations* » ou « *être sur le terrain pour accompagner le changement, pédagogie d'accompagnement sur le terrain, créer le collectif* ».

Comme l'explique Laetitia Laude⁶¹, chercheur à l'EHESP, le cadre de santé bénéficie d'une double autorité, l'une hiérarchique, liée à son statut habituellement, représentée par le directeur des soins, l'autre fonctionnelle dans le cadre de la conduite générale de son service par le chef de pôle. En 2009, la loi HPST, identifiant le CPP en tant que collaborateur direct du chef de pôle, a pu déstabiliser la ligne hiérarchique des soignants de l'hôpital. Pour autant, le management des cadres de santé est resté de la compétence du directeur des soins, aussi son organisation de travail prend appui sur son organigramme.

C'est pourquoi, nous avons souhaité vérifier comment les acteurs percevaient l'organisation de la direction et ce qu'ils en attendaient. Les acteurs l'identifient comme une entité structurée autour de l'encadrement et facilitant la communication et les attendus de l'institution. L'importance d'une communication directe est unanimement relevée. Elle est interprétée comme donnant du sens et facilitant l'adhésion aux projets. Pour les quatre directeurs des soins, son organisation s'appuie sur le collectif et prend forme en fonction de la taille des équipes. De fait, le directeur organise la communication tant à travers des réunions d'équipe ou plénières que par des entretiens individuels. La mise en place de réunions dédiées aux cadres permet un réel relai de l'information, favorise l'expression et la discussion autour des projets et de l'actualité institutionnelle. Pour les cadres de santé, elle est indispensable et permet un contact direct avec le directeur des soins. Ce rapport dual avec le DS représente pour eux une réelle reconnaissance, et leur donne de la visibilité. Par ailleurs, elle permet d'asseoir le

⁶¹ Ministère de la Santé et des Sports, Rapport de la « mission cadres hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 2009, Tome 2 Les Annexes

leadership du DS et le rapproche de ses collaborateurs. Les CPP considèrent que ces échanges sont nécessaires même si « *cela leur fait perdre de l'autonomie* ». La question de la hiérarchie est identifiée par les acteurs ce qui nous permet de dire que la notion d'organisation est réelle et connue de tous. Sous l'autorité directe des CPP, les rapports DS et CS s'articulent autour du cadre de pôle, pôle où le directeur se voit comme une force.

Les éléments attendus par les cadres de santé sont du domaine de la visibilité, ils soulèvent la nécessité d'une organisation qui permette la disponibilité, l'accessibilité, et la connaissance des personnes. Les directeurs des soins appuient leur management sur la clarification des attendus de la politique des soins notamment à travers le projet de soins qu'ils veulent co-construit. L'implication dans les travaux apparaît comme un outil qui permet la valorisation de la fonction ainsi que la reconnaissance de l'individu. Les travaux transversaux favorisent la visibilité des compétences et donne de la valeur ajoutée aux acteurs ce qui les aident les cadres à s'extraire du quotidien. En général, les directions sont organisées autour de collaborateurs qui dépendent du dimensionnement de l'établissement. Certains voient à travers cette fonction un intermédiaire qui peut être perçu comme une barrière entre le DS et les cadres.

Les cadres de pôles se disent en attente d'un lien effectif entre le DS et les cadres et une visibilité de la hiérarchie. Nous pouvons conclure que ce lien permet de renforcer et de fédérer l'équipe, de porter les valeurs et d'asseoir le management des cadres de santé tout en instituant un arbitrage entre les pôles.

2.2.4 L'autonomie et l'implication : une source d'épanouissement professionnel

Si l'origine du mal-être des cadres est connue et documentée, nous nous sommes questionnés quant au lien possible entre l'organisation de la direction des soins et l'épanouissement professionnel des cadres de santé. Responsable de l'animation de l'encadrement, le directeur des soins utilise l'organisation de sa direction comme outil de management. La cinquième question visait alors à répondre à la question de départ : l'organisation de la direction des soins a-t-elle un impact sur la qualité de vie au travail des cadres ?

Les directeurs des soins soulignent l'importance de structurer une organisation capable de « *tisser des liens de confiance avec les CPP* ». Ainsi, nous pouvons penser qu'affirmer la place de chacun permet d'éliminer les ambivalences et de limiter les conflits : « *...que donne à voir le DS en terme de positionnement de clarté dans le discours....* »

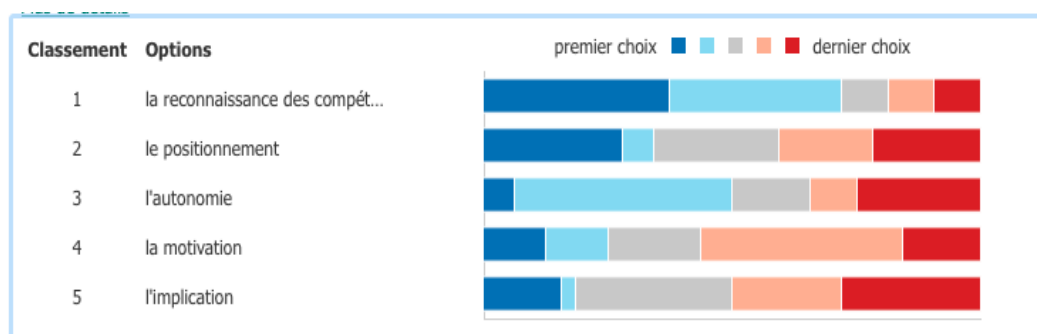
Les réponses aux entretiens se rapprochant particulièrement de la question précédente, nous avons soumis un questionnaire soumis au élèves directeurs des soins pour valider nos réponses.

Sur 34 EDS, tous considèrent que la structuration d'une direction des soins a un impact sur la QVT des cadres de santé.

DIAGRAMME DES REPONSES DES ELEVES DIRECTEURS DES SOINS



La structuration d'une direction des soins permet, donc, d'adosser la posture du DS et le style de management qu'il veut conduire notamment par le positionnement qu'il adopte auprès des cadres, l'autonomie qu'il leur accorde, les compétences qu'il leur reconnaît et le mode de communication qu'il met en œuvre. Tous ces éléments sont affirmés par les cadres comme des facteurs d'épanouissement professionnels. Nous avons donc souhaité les hiérarchiser dans la seconde question posée au EDS. Nous pouvons voir que les EDS jugent que la reconnaissance des compétences en premier lieu, le positionnement puis l'autonomie sont les principaux facteurs d'épanouissement au travail pour les cadres. La motivation et l'implication semblent moins impactant.



Ceci peut donc expliquer les attentes des cadres par rapport à la clarification des objectifs institutionnels, comme l'ordonnancement des projets ou leur mobilisation sur des travaux et des missions transversales. Toutes ces actions alimentent leurs facteurs d'épanouissement au travail.

La question de l'évaluation des cadres fait également partie des données citées. Si le CPP, en tant que N+1, reste l'évaluateur principal, le directeur des soins ne peut être absent de cette démarche qui conduit aux objectifs de l'année suivante lesquels participent à la politique institutionnelle des soins.

Les CS, comme les CPP et les DS identifient les mêmes facteurs pour prévenir le mal-être que pour favoriser l'épanouissement. Les cadres éprouvent le besoin d'être soutenus par le directeur des soins face aux situations pouvant être conflictuelles dans leur rapport tant avec le corps médical qu'avec les équipes dont ils sont responsables. « *On ne peut envoyer le cadre au front et ne pas marcher du même pas, cela contribue à la reconnaissance et la légitimité* ». En effet, cette légitimité fait sens à travers le positionnement du DS aux côtés des cadres pour les soutenir dans les décisions qu'ils appliquent. « *Le CPP ne doit pas toujours être un intermédiaire* ». Les CPP soulignent, également, l'importance de rendre les CS acteurs du projet institutionnel, ce qui participe à leur épanouissement professionnel. « *Épanouissement du cadrec'est l'impliquer dans ses missions, le faire participer, lui demander son avis, l'accompagner être présent, il ne faut pas qu'il soit juste un exécutant* : leur implication à travers des missions transversales ou projets institutionnels permettent la reconnaissance de leur compétences.

Le DS est identifié comme un acteur de la prévention des RPS. « *Le DS est un manager, comme nous il prend soin de son équipe et veille aux conditions de travail, cela fait partie de ce qu'il nous délègue* ». Pour autant, 4 directeurs sur 4 soulignent l'importance que le directeur des soins soit lui-même épanoui dans son travail. Selon Thomas Ludec, directeur général du CHU de Montpellier,⁶² « *la bonne santé de la DS embarque le reste de l'établissement* ».

Ces éléments nous permettent de répondre à la question de départ :

En quoi, la structuration de la direction des soins par son Directeur des Soins est un levier pour l'amélioration de la Qualité de Vie au Travail des cadres ?

La structuration d'une direction des soins doit s'appuyer sur une communication facilitée, des valeurs de reconnaissance des fonctions, de motivation par le travail, d'implication des acteurs ainsi que d'autonomie des personnes

⁶² 7eme séminaire des Directeurs des Soins. juin 2017 ; Quel sens donner aux directeurs des soins à l'heure des territoires

Les trois hypothèses antérieurement formulées peuvent être affirmées :

- ⇒ *Il existe des freins et les leviers pour susciter l'adhésion des cadres de santé aux changements et /ou aux projets.*
- ⇒ *La communication favorise une meilleure adhésion des CS à la politique de l'établissement.*
- ⇒ *La structuration de la Direction des Soins procède de l'adhésion des cadres de santé à la politique de l'établissement et subséquemment à l'épanouissement professionnel des cadres de santé.*

Nous proposons, donc, un plan d'actions qui participe à la structuration d'une direction des soins favorisant l'adhésion aux projets et facilitant la démarche de qualité de vie au travail.

3 De la discussion aux propositions d'actions

Notre discussion l'a démontrée, la stratégie d'organisation de la direction des soins oriente la politique managériale du directeur des soins. La question de la QVT, quand elle s'adresse aux cadres, se répercute sur l'ensemble des professionnels. Nous sommes partis du postulat qu'il existait des freins à l'adhésion des cadres de santé aux projets institutionnels et que la structuration de la direction des soins pouvait en être le levier.

Les propositions d'actions que nous formulons s'appuient sur les modèles observés, l'analyse des entretiens menés enrichie par la revue de littérature que nous avons pu conduire. Ce plan d'action se doit d'être simple et compréhensible de tous les acteurs. Il doit s'inscrire dans une temporalité : court moyen et long terme. Il devra s'appuyer sur le contexte et s'appuyer sur des objectifs interventionnels.

3.1 Elaborer une stratégie cohérente et porteuse de sens

La fonction soins est la cellule nucléaire de l'hôpital. Le directeur des soins se trouve au carrefour de nombreux projets. A ce titre, il participe à la gouvernance de l'établissement de santé et siège dans la plupart des instances. Il est partenaire de l'équipe de direction, et accompagne la politique des soins en lien avec le directeur général et le président de CME. Sa position stratégique comme sa fonction de représentation le place au cœur des décisions et de l'information. Son champ d'action s'articule autour de tous les acteurs de l'hôpital, des représentants des usagers aux partenaires sociaux.

Les cadres de santé évoluent, aujourd'hui, dans un contexte de performance alors que leur cœur de métier peut les éloigner des principes de rentabilité. Attachés à la valeur Soins, ils sont, pour autant, formés et compétents dans l'économie de la santé. Leur connaissance de l'environnement, leur analyse des contextes et leur capacité à anticiper sont autant d'atouts au service de l'établissement.

Identifiée lors de nos entretiens, la question du positionnement des acteurs est au cœur du management. Elle concerne tant le positionnement du directeur des soins dans l'organisation que celui de ses collaborateurs.

3.1.1 Etablir une ligne managériale construite et aboutie

Sous l'autorité hiérarchique du directeur général, le directeur des soins assure ses missions liées à son positionnement institutionnel comme à son champ de compétences propres. Ces dernières sont formalisées et font l'objet d'un suivi périodique.

Les projets et travaux dans l'hôpital nécessitent un travail très organisé de lien et de cohérence. Le directeur des soins est au carrefour des informations stratégiques, organisationnelles et décisionnelles. Une communication structurée et impliquante facilite l'adhésion et donne du sens aux projets d'établissement. Celle-ci s'appuie sur différents canaux notamment des réunions de travail stratégiques, des réunions de travail opérationnelles, et du travail de lien. Elles réunissent différents acteurs et appuient le positionnement du directeur des soins dans l'institution.

- ⇒ Des réunions de travail régulières en Trium Véra (DG- président de CME et DS) qui permettent de confronter le contexte à la politique des soins, d'identifier les freins et les leviers dans les projets pour réorienter les projets, et se projeter dans l'avenir.
- ⇒ Des rencontres de collaboration entre le DS et le président de CME qui visent à mettre en place un environnement de travail basé sur des objectifs communs, à stabiliser les rencontres pour limiter le travail dans l'urgence, installer une collaboration et confronter les compétences de l'autre comme ressource. Elles facilitent l'installation d'une nécessaire relation de confiance entre ces deux acteurs.
- ⇒ Des espaces de pilotage notamment le CODIR, le directoire et la CME positionnent le directeur des soins en qualité de représentant du projet de soins ou de la présidence de la CSIRMT et le conforte en tant qu'autorité partagée sur la question du Soin auprès de la communauté médicale et l'équipe de direction. Ces instances facilitent aussi le travail de liens individuels auprès des acteurs.
- ⇒ La CSIRMT est un outil qui permet d'associer les professionnels paramédicaux à la politique institutionnelle, il s'agit d'un véritable instrument de management de la politique des soins pour le DS qui lui permet d'asseoir son rôle auprès de l'ensemble des professionnels. Il lui incombe de la faire vivre au même titre que les autres instances de l'établissement sur toutes les questions qui la concernent.
- ⇒ Un travail de coordination avec les directions annexes, la DRH, la direction de la qualité, la direction des instituts de formation, la direction des affaires médicales ainsi que la direction des usagers pour rendre plus fluide les relations, coordonner les

actions, et collaborer dans projets. La qualité de la collaboration au sein de l'équipe de direction influe directement sur la QVT des cadres de santé. Pour exemple, la gestion des ressources humaines, champ de compétences partagé entre la DRH la DS, peut devenir rapidement une source de tension dans un contexte de pression sur la masse salariale. Ce travail de lien s'appuie sur beaucoup de communication formelle comme informelle ainsi que l'organisation de plages de travail sur les dossiers communs.

3.1.2 Proposer une organisation opérationnelle

Comme nous l'avons souligné, la mise en place des pôles peut nuancer le rôle du directeur des soins par rapport au management des cadres. Un positionnement affirmé sur ce point vise à minorer les ambivalences rendues possibles par l'interprétation de l'organisation polaire. Ce préalable est d'autant plus nécessaire qu'il facilite la compréhension de tous les acteurs.

⇒ Poser un cadre :

Dans notre conception, la direction des soins ne peut se limiter à un seul interlocuteur : le directeur. Elle s'entend comme de nombreuses organisations autour d'un personnage central et de collaborateurs. Pour nous, les cadres de pôles sont indissociables de la direction des soins.

Un affichage de cette entité, à travers un organigramme qui décrit les missions et les délégations. Sa diffusion contribue à la lisibilité des liens fonctionnels et hiérarchiques des acteurs. Même si elle peut laisser à voir une certaine centralisation, cette organisation vise à donner de la lisibilité aux cadres de santé.

⇒ Clarifier les fonctions de chacun pour faciliter la reconnaissance des acteurs.

Les pôles organisent le découpage de l'offre de soins d'un établissement de santé, le directeur des soins coordonne l'ensemble des activités relatives aux soins notamment à travers le projet de soins.

La fiche de poste est un élément opposable qui permet d'acter les missions de chacun. Elle s'appuie sur le répertoire des métiers et désigne les liens fonctionnels et hiérarchiques. Ces éléments sont ajustés régulièrement par le N+1, validés par le N+2 et portés à la connaissance de l'intéressé à chaque modification

Les CPP, en tant que membre de la direction des soins représentent le DS sur des missions institutionnelles déléguées.

⇒ Organiser des délégations en fonction des talents et des compétences

Au sein de la direction des soins, la représentation comme la délégation nécessite des compétences. La mise en place de cette délégation doit s'appuyer sur une lettre de mission clarifiant la finalité de cette dernière. Ces missions feront l'objet d'un reporting.

La lettre de mission permet de poser un cadre sur des travaux conduits en dehors des missions habituelles. Chaque mission fera l'objet d'une contractualisation et d'une diffusion pour faciliter le positionnement de l'acteur concerné.

Le directeur des soins manage le projet de soins en coordination avec le projet médical, le projet social, et le projet qualité. Il en assure le suivi dans les pôles par l'intermédiaire des CPP et par les CS dans les unités et met en place les indicateurs nécessaires.

Ces notions, certes, basiques dans un schéma managérial nécessitent d'être rappelées car elles participent au positionnement.

3.1.3 S'appuyer sur une communication construite et structurée

Par ailleurs, le DS organise la communication par rapport aux activités de soins à travers des échanges formels et informels.

⇒ Organiser un feed back des informations transmises :

Les réunions hebdomadaires de cadres paramédicaux de pôle doivent permettre au DS de prendre appui sur l'équipe de cadres de pôle pour partager les projets et manager la politique des soins. Une organisation de la communication est un préalable à la bonne information de tous les acteurs. Ces réunions hebdomadaires seront organisées dans une optique de transversalité, de réflexion collective et d'arbitrage du directeur des soins. Elles ont pour objectif de transmettre les informations essentielles, d'aborder le fonctionnement des pôles, les orientations et les décisions à prendre. Elles doivent permettre au DS d'affirmer sa position sur des questions de principe et permettent ainsi au CPP de se positionner au cours des réunions où ils le représentent. Ces informations seront renvoyées aux cadres de santé par les cadres de pôles lesquels s'appuient sur cette communication pour informer les agents lors de réunions de service. Les procès-verbaux de réunion seront transmis à la DS permettent un regard sur l'application de la politique d'établissement dans les unités.

⇒ Individualiser les échanges :

Des rencontres individuelles avec les cadres de pôle donnent la possibilité au DS d'un échange privilégié avec le CPP autour des problématiques de management dans le pôle, d'ajustement des effectifs, et de remédiation. Elles ont pour objectif la cohérence des organisations, l'ajustement des process et la compréhension des problèmes.

⇒ Organiser le débat :

Les réunions d'encadrement mensuelles doivent favoriser un échange direct avec les cadres de santé. Leur objectif vise à la reformulation des principales informations institutionnelle, au partage d'expérience et à la prise de parole. Elles permettent de donner du sens aux informations, d'impliquer les CS à travers les travaux qu'ils peuvent présenter. Un débat avec le directeur des soins, de trente minutes, sera proposé autour d'une problématique choisie par les cadres de santé.

⇒ Favoriser l'échange :

Le directeur des soins est garant de la qualité et la sécurité des soins, de l'accompagnement du projet de soins, comme du développement des compétences dans les pôles. Son implication dans le suivi des projets prend tout son sens notamment dans le travail d'arbitrage entre les pôles. Des réunions de management des pôles peuvent être organisées trimestriellement, elles réunissent la gouvernance des pôles, et des services avec le président de la CME et le directeur des soins. Elles sont force de communication et d'innovation. L'objectif est de garantir la vision transversale et un arbitrage du travail interpôle. Elles feront l'objet d'un compte-rendu au DG et à la conférence des pôles.

3.2 Développer une politique managériale fondée sur l'éthique et la déontologie

La communauté des cadres de santé évolue traditionnellement autour de valeurs de bienveillances inhérentes au soin. La notion de management, si elle s'appuie sur des techniques partagées, reste cependant influencée par des valeurs personnelles aux acteurs. Partager des valeurs communes et accompagner la démarche de management permet de structurer et d'homogénéiser la politique managériale.

3.2.1 Partager des valeurs d'éthique et de déontologie :

L'arrivée d'un nouveau directeur des soins justifie de l'engagement dans une démarche d'éthique pour confronter les valeurs attendues avec celles utilisées.

⇒ Construire une charte managériale :

Le recours à la charte managériale facilite la réflexion autour des valeurs. Elle a pour objectif de fédérer autour d'une culture managériale commune et d'harmoniser les pratiques managériales au sein de l'institution des cadres de santé. Le partage des valeurs qui fonde les projets donne du sens à la communication interne. Il s'agit d'un préalable à une démarche d'éthique managériale. Cette réflexion sera conduite avec l'ensemble de l'encadrement autour des valeurs attendues. En parallèle, un groupe de travail composé d'acteurs de l'encadrement, de représentants du personnel, d'acteurs de prévention et d'experts échangeront autour de problématiques particulières. L'écriture de la charte s'appuiera sur l'analyse de ces deux groupes. Elle sera validée par un comité de pilotage composé d'acteurs essentiels : le DRH, le DS, le médecin du travail, le président de CME et le secrétaire du CHSCT. Elle sera présentée aux instances de l'établissement et fait l'objet d'une évaluation chaque année.

⇒ Réfléchir autour des codes de déontologie :

Le décret portant création d'un code de déontologie des infirmiers ⁶³est paru le 25 novembre 2016. Il⁶⁴ énonce les devoirs des infirmiers envers leurs patients et précise les modalités d'exercice. Le respect des réglementations et des bonnes pratiques professionnelles abonde le champ de compétence du DS. Un groupe de pratiques professionnelles piloté par deux cadres de santé sera conduit autour des questions soulevées par cette législation. Il sera composé d'un représentant de la CSIRMT, de représentants de chaque unité de soins, de représentant des cadres pédagogiques, et de représentants des étudiants infirmiers. Il pourra organiser des missions d'information et d'expertise. Ces actions font l'objet d'un reporting auprès du DS. Cette base peut servir pour les autres professionnels relevant de la DS et ayant un code de déontologie.

⁶³ Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers JORF n°0276 du 27 novembre 2016 ; texte n° 44

⁶⁴ Code de déontologie infirmière et groupement hospitalier de territoire, Jane-Laure Danan, revue soins –n°818 – septembre 2017

3.2.2 Accompagner la démarche managériale

Le rôle de l'encadrant en entreprise, comme à l'hôpital dépend de la visibilité qu'on lui donne, de la communication qu'il peut transmettre et les compétences qu'on lui reconnaît. Le directeur général est porteur de la démarche managériale, le directeur des soins la décline auprès de son équipe. Cette démarche s'articule autour d'actions qui visent permettre une cohérence dans les pratiques managériales en favorisant la réflexion individuelle, collective et en développant une culture de partage.

La temporalité à l'hôpital ne laisse pas toujours la place à l'explication. La relation hiérarchique entre les cadres et les cadres de pôle peut faire l'objet de tension. Les enjeux médico-économiques qui pèsent sur le CPP peuvent engendrer des RPS pour eux-mêmes comme pour l'équipe qu'il manage.

⇒ Permettre de réfléchir sur sa pratique :

La mise en place d'un coaching à l'ensemble des CPP dans l'objectif d'une réflexion individuelle et hors le cadre hiérarchique induit une réflexion sur leurs pratiques et la mise à distance des situations conflictuelles dans leur exercice quotidien. Cette démarche s'organisera avec une entreprise spécialisée en coordination avec le directeur des ressources humaines, dans le cadre de la QVT. Dans le respect de l'anonymat des participants, il fera l'objet d'une réflexion annuelle quant aux propositions d'améliorations à mettre en œuvre. Cette action s'apparente à une action de formation et peut bénéficier d'un budget. Il fera l'objet d'un bilan annuel présenté au CHSCT.

Des espaces de rencontres sont des moyens d'échange, de réflexion et de formation. Le séminaire annuel est une pratique d'entreprise. A l'hôpital, elle a pour objectif l'échange et la mise à distance.

⇒ Fédérer l'encadrement :

Une rencontre annuelle permet de rassembler l'ensemble de l'encadrement autour d'une thématique. Un travail en coordination avec le DS de l'institut de formation pourrait favoriser le choix d'un thème commun. Cette pratique permet une comparaison de deux cadres de travail dont les orientations sont semblables. La présentation de projets innovants alimente particulièrement la réflexion et peut être initiée par des intervenants extérieurs comme des cadres de l'établissement. Un temps festif clôture cette journée pour permettre à chacun une expression hors champ

professionnel. Ce séminaire fait l'objet d'une évaluation et d'une restitution auprès de la CSIRMT.

Le GHT augmente le nombre d'acteurs de l'hôpital et en particulier ceux de l'encadrement de proximité. Le projet medico-soignant partagé de territoire doit mettre en convergence les filières soignantes.

⇒ Développer les partenariats :

L'initiation de réflexions communes au parcours favorise la culture de partage. Un travail en amont avec les CPP et les CS permet de décliner les grands axes à développer pour adapter les prises en charge et les pratiques. L'idée n'est pas forcément d'uniformiser les méthodes mais bien de comprendre le fonctionnement de l'autre. Faciliter les rencontres managériales est un levier à la fluidité dans le GHT ; il permet une meilleure connaissance des partenaires et il construit un développement dans la durée. Un suivi des rencontres formelles ainsi qu'un suivi des axes d'amélioration apportés devra être établi. Un outil de traçabilité de ces rencontres devra être formalisé. Des comptes rendus seront accessibles pour tous les acteurs.

3.2.3 Soutenir la recherche et l'innovation

Le cadre très procéduré des établissements de santé peut peser sur les managers. Selon un sondage IPSOS en 2013, 72% de l'innovation est confié à la recherche et à la qualité. Les techniques de management innovantes autorisent l'intuition et s'appuient sur les acteurs du système.

⇒ Permettre une expression libre :

A l'hôpital, les circuits hiérarchiques sont complexes. La mise en place d'un forum fonctionnant comme une boîte à idée anonyme permettrait de soumettre des propositions d'amélioration. Toutes font l'objet d'une étude avec la direction concernée. Un suivi des actions sera affiché sur le forum et une réponse est apportée.

⇒ S'appuyer sur les pratiques avancées pour réfléchir aux parcours-patients :

La loi santé du 26 janvier 2016⁶⁵ reconnaît la compétence en pratiques avancées aux infirmier(e). C'est un projet particulièrement novateur dans le domaine de la recherche et qui permet d'intéresser les professionnels par l'intermédiaire de l'encadrement.

⁶⁵ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Dans l'attente des décrets d'application, une réflexion autour de la faisabilité du projet dans l'établissement peut être initiée. Cette réflexion prendrait appui sur un groupe de pilotage composé d'un médecin intéressé dans la recherche, du directeur de l'institut de formation, et d'un CS. Une identification des domaines délégués, un recensement des compétences et des parcours sont un préalable à ce projet. Une communication auprès des IDE, de la CSIRMT et de la CME sera entreprise.

3.3 Etablir la confiance et donner du sens à l'action

Les modifications de repères dans l'hôpital notamment, récemment, au titre du développement de la territorialisation des soins se caractérise par une évolution d'un travail plus transversal pour l'encadrement de proximité est un enjeu fort pour donner du sens au travail. Pour autant, si le GHT favorise le développement des relations de travail et l'amélioration du parcours des patients et usagers du territoire, il n'en demeure pas moins qu'il peut se traduire pour l'établissement et ses acteurs comme un changement de repère et un fort enjeu de concurrence. La confiance est l'un des principaux prérequis à une communication fluide. Etablir une relation de confiance suppose une attitude à l'égard d'autrui qui s'appuie sur le respect de l'engagement et qui se construit sur l'égalité dans la relation, la transparence, le respect mutuel et le partage d'information.

La place centrale du directeur des soins est un atout majeur pour établir la confiance et donner du sens aux actions en facilitant le collectif cadres, impliquant les acteurs et reconnaissant les compétences.

3.3.1 S'appuyer sur le collectif

Nous avons pu mettre en évidence dans le cadre conceptuel que l'isolement professionnel représente un facteur de risque à l'épuisement professionnel. L'analyse des entretiens souligne également cette problématique. L'isolement professionnel se caractérise par une mise en retrait des acteurs plus ou moins prononcée qui intervient progressivement.

⇒ Veiller au risque d'isolement :

Des indicateurs s'appuyant sur des données objectives telles que le taux d'absentéisme des cadres de santé, la participation aux réunions, le travail pluridisciplinaire et l'identification des secteurs à risque sont relevés. Ce relevé fait

l'objet d'un suivi mensuel en réunion de CPP et confronté à des facteurs plus subjectifs comme les rapports avec l'encadrement, la prise de parole en réunion, les relations de travail. Un suivi plus personnalisé pour les personnes identifiées est mis en place s'appuyant sur des entretiens qui visent à identifier et analyser la problématique.

⇒ S'appuyer sur un binôme :

Dans le cadre de la continuité de l'encadrement, chaque cadre de santé travaille en binôme avec un autre. Ce binôme permet un référent pour les équipes en l'absence du CS de l'unité mais vise également au partage et à l'échange.

Face à la densification et la complexification du travail, les cadres ont, de plus en plus, de difficultés à prendre du recul dans le cadre de leurs fonctions. Le directeur des soins est responsable de l'animation et la coordination des cadres soignants. Dans les organisations, chacun développe des compétences individuelles et adapte son organisation de travail et sa résolution de problème particulière. Pour autant, certaines problématiques sont récurrentes. Un partage de pratiques et une réflexion collective en facilite la résolution.

⇒ Partager l'expérience :

Des pratiques réflexives sur des thématiques managériales ou organisationnelles sont mises en place. Un groupe de suivi copiloté par un cadre de pôle et un cadre de santé se rencontrent à intervalles réguliers et travaillent sous forme de résolution de problème et de partage d'expérience. Un suivi des thématiques abordées est transmis au DS.

⇒ Echanger librement :

La création d'un espace virtuel de partage à disposition des cadres peut faciliter l'intégration au groupe. Cet espace peut permettre une communication et un échange hors hiérarchie sur des problématiques professionnelles. Une boîte à outil est ouverte que chacun alimente avec les outils qu'il accepte de partager.

3.3.2 Impliquer les acteurs

L'approche médico-économique de l'établissement est un enjeu de performance. Le CPP est désigné comme gestionnaire du pôle, pour autant, chaque cadre participe à la gestion

de son unité. Pour mieux comprendre les enjeux, son implication dans la réflexion vise à faciliter l'assimilation des contraintes et à les porter vers le terrain.

⇒ Inclure le cadre dans la réflexion médico-économique de son unité :

En lien avec le CPP, le RSI, le cadre de santé identifie les indicateurs et les tableaux de bords nécessaires au suivi de son unité. L'objectif de cette mission est de l'impliquer dans le suivi médico-économique en lien avec le CPP dont le rôle méta s'articule sur le pilotage de l'ensemble et l'accompagnement des projets. Une réunion trimestrielle de suivi est planifiée pour analyser les écarts et proposer des pistes d'amélioration.

La performance a désormais un lien avec la qualité de l'établissement. La nouvelle version du référentiel de certification V2014 introduit le compte qualité, outil d'intéressement des établissements à la qualité de leurs structures.

⇒ Partager les enjeux de la qualité :

Plus orientés sur la gestion des structures, le cadre paramédical de pôle met en place le suivi des indicateurs qualité de son pôle. Un appui stratégique des cadres de santé dans l'amélioration de la qualité des soins et la gestion des risques peut donc s'exercer. Un suivi trimestriel est organisé entre le CPP, le chef de pôle et le responsable qualité pour mesurer les écarts et définir en lien avec le CS et le RSI des axes d'améliorations.

3.3.3 Reconnaître et accompagner l'émergence des compétences :

S'appuyer sur les compétences de ses collaborateurs permet au directeur des soins un regard plus proche du terrain et participe à leur reconnaissance professionnelle.

⇒ Mettre en place une banque de compétences :

L'évolution des talents dans l'institution est rapide. La gestion des compétences managériales facilite l'accompagnement des projets et permet la reconnaissance des acteurs. Un travail d'identification puis de classement des compétences vise à organiser une banque de données. Un affichage des actions et des projets, donne de la visibilité aux cadres de santé et une plus-value à l'institution voire au GHT. Cette banque de donnée est mise à jour annuellement en fonction du plan de formation et des projets aboutis sur l'année N.

⇒ Accompagner les futurs cadres :

Nous l'avons dit, la fonction cadre est complexe. Une mise en situation permet d'asseoir un projet professionnel de cadre. L'accompagnement des candidats s'appuie sur un parcours qualifiant qui prend en compte la détection des candidats, leur sélection, leur mise en situation validée par le chef de service et leur formation. Chaque étape est accompagnée par le directeur des soins et un mentor est chargé du tutorat du candidat. Il est inscrit à la préparation du concours d'entrée à l'IFCS. Un apport de connaissances minimales pour manager une unité de soins et conduire des projets est apporté au faisant fonction de cadre en attendant sa formation à l'IFCS. Une lettre de mission encadre ce parcours qui va jusqu'à la formation et la réaffectation. Chaque étape est actée et tracée. Un bilan des sélections et des mises en situation sont présentés annuellement à la CSIRMT et au CTE.

Conclusion

Depuis une dizaine d'années, la question du bien-être au travail fait débat. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *un cadre de travail négatif peut entraîner des problèmes de santé physique et mentale, l'usage nocif de substances ou d'alcool, de l'absentéisme et une perte de productivité.* » Ce constat fondé sur des études portant sur les facteurs de risque ont mis en évidence les interactions entre le cadre organisationnel et managérial du travail. En France, le deuxième axe stratégique du dernier plan santé au travail s'articule autour de l'amélioration de la qualité de vie au travail. Cas de burnout, médiatisation des suicides de cadres de santé, enquêtes sur les conditions de travail des cadres en milieu hospitalier sont autant d'exemples qui illustrent que l'hôpital n'échappe pas à ce phénomène.

Depuis une vingtaine d'années, le monde hospitalier a fait l'objet de multiples réformes qui ont provoqué des changements profonds de paradigmes. La gouvernance des hôpitaux s'articule au niveau des Agences Régionales de Santé qui fixent les objectifs à atteindre, en lien avec les établissements d'un même territoire.

La recherche de performance est devenue en enjeu majeur pour réduire dépenses de santé qui représentaient, en 2016, 11% du Produit intérieur Brut (PIB). Le mode de management dans les institutions hospitalières est donc étroitement lié aux orientations prescrites et à l'atteinte des résultats. Il en résulte une organisation pyramidale dirigée par l'Etat et qui doit faire face à de nombreuses injonctions toutes aussi paradoxales les unes que les autres. La marge d'autonomie de ses dirigeants prend donc tout son sens à travers le management qu'il doit mettre en place pour répondre au service public et aux logiques de performance, de qualité et de sécurité des soins et de bientraitance. La territorialisation des soins et la structuration des parcours, introduite par la loi du 26 janvier 2016⁶⁶, sont de nouveaux enjeux de développement pour l'hôpital.

Notre constat portait sur le manque d'adhésion des cadres aux projets et leur difficulté à s'épanouir dans travail. L'enquête qualitative menée auprès de cadres de santé, de cadres paramédicaux de pôle et des directeurs des soins montre que les cadres de proximité sont réellement en attente d'un travail collaboratif avec le directeur des soins. Ceci semble légitime puisqu'ils déclinent directement la politique des soins dans les unités de soins qu'ils gèrent. Pour autant, l'organisation hiérarchisée de l'hôpital ne permet pas toujours une telle avancée.

⁶⁶ LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Le management est sérieusement réinterrogé depuis une dizaine d'années. Sous l'impulsion des plans successifs de santé au travail, des courants managériaux proposent des schémas issus de l'entreprise qui visent à redonner de l'autonomie et du sens aux travailleurs. Les notions de durabilité, de soutenabilité ou encore d'innovation managériale sont autant de solutions qui visent à limiter les liens de causes à effet du manager sur l'état psychique de ses collaborateurs. Les préconisations du nouveau champ du management encouragent les initiatives et la gestion hors hiérarchie sur les bases du Lean Management. A l'hôpital, les logiques managériales sont encore très différentes de celles de l'entreprise et les rapports avec les médecins toujours très hiérarchisés. Engager un tel changement nécessite de repenser le positionnement de chacun des acteurs de l'institution. Il s'agit d'un véritable projet d'amélioration de la QVT, sous l'impulsion du directeur général et porté par la DRH, qui emmène l'équipe de direction dans sa globalité et nécessite de repenser la fonction managériale dans son ensemble.

Membre à part entière de l'équipe de direction, le directeur des soins occupe une place essentielle notamment eu égard à la conduite du projet de soins et l'accompagnement des projets de l'établissement, l'encadrement des activités paramédicales et le respect des bonnes pratiques, et des règles déontologiques et éthiques ainsi que le management et la gestion des personnels paramédicaux. A travers son mode de management, il impulse des valeurs qui se déclinent jusque dans la production des soins. Structurer une direction des soins qui autorise l'autonomie, implique les cadres de santé, facilitent le positionnement, s'appuie sur les compétences de ses collaborateurs et reconnaît les acteurs est un véritable défi pour manager durablement l'équipe des cadres de santé dans son ensemble.

Bibliographie

Bouret, P. (2008). Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, 128,(4), 729-740.

Albric, JC. (1999). Psychologie de la communication, *théorie et méthodes* ; Cursus

Morin, E. & Forest, J. (2007). Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail. *Gestion*, vol. 32,(2), 31-36. doi:10.3917/riges.322.0031.

Lépine,V.(2009). La reconnaissance au travail par la construction d'une relation agissante », *Communication et organisation*, 36 , 96-107.

Le Boterf,G. (2010). Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence. Les réponses à 100 questions. *Eyrolles*, , 287p

Feroni,I. Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue française de sociologie* /3 (Vol. 46), p. 469-494. DOI 10.3917/rfs.463.0469

Divay, S. & Gadéa, C. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale. *Revue française d'administration publique*, 128,(4), 677-687. doi:10.3917/rfap.128.0677.

Ledoux Procaccini, R. Ledoux, JP. (2016). Motivation dans les entreprises : On marche sur la tête. *AFNOR*, 86p.

Tardy, J. (2007). Visibilité, invisibilité: Voir, faire voir, dissimuler. *Hypothèses*, 10, (1), 15-24. doi:10.3917/hyp.061.0015.

Galbraith, J K. (2004). Les Mensonges de l'économie, vérités pour notre temps. *Grasset*.

Batal, C. & Fernagu Oudet, S. (2013). Compétences, un folk concept en difficulté ?. *Savoirs*, 33,(3), 39-60. doi:10.3917/savo.033.0039.

Bourdu,E . Perretié,M.Richer, M. (2016). La qualité de vie au travail : un levier de compétitivité. *La Fabrique de l'industrie*.

Robert N – Le bien-être au travail, une approche centrée sur la cohérence de rôle. *Irns*, NS 267. 2007 ; 36p

Claude, J.-F. (1998). *L'éthique au service du management. Concilier autonomie et engagement pour l'entreprise*. Rueil-Malmaison : Editions Liaisons. Collection Entreprise & Carrière.

Presse professionnelle

Mignot, S. Comment sauver le soldat cadre - *Objectif soins & management* – 2016,06. n°247 - pp. 26-30

Danan, JL. Code de déontologie infirmière et groupement hospitalier de territoire, *Revue Soins* .n°818 . 2017,09

Cresson G.Schweyer F.X.(2000) Profession et institutions de santé face à l'organisation du travail, aspects sociologiques, eds Rennes, Edition ENSP

E. Hervé. Prévention du burn-out des cadres de santé, un enjeu pour les directeurs des soins et pour la qualité des soins infirmiers. *EMC - Savoirs et soins infirmiers 2016*;

Flipo, J. (2007). L'éthique managériale peut-elle n'être qu'un facteur stratégique ?. *Revue française de gestion*, 180,(11), 73-88. doi:10.3166/rfg.180.73-88.

Presse nationale

Laurent,P.Les managers doivent être des leviers de bonheur au travail –publié le 27/10/2015 à 16:01http://lentreprise.lexpress.fr/actualite/le-management-levier-du-bonheur-au-travail_

Méda,D..Comment s'épanouir au travail. *Le monde* | 21.11.2011 à 13h13 • Mis à jour le 07.02.2012 à 16h02

Farge, A. Les cadres se rebellent. *Le monde économique*. 30.06.2017 à 10h37 • Mis à jour le 30.06.2017 à 10h49 |

Baromètre AFCI ANDRH Inergie 2013 sur la Communication Managériale. 4eme édition

Rapports ministériels

Ministère de la Santé et des Sports, Rapport de la « mission cadres hospitaliers », présenté par Chantal de Singly, 2009, p.5

Ministère des Affaires Sanitaires et Sociales de la Santé, « le pacte de confiance pour l'hôpital » : rapport de synthèse des travaux présenté par Edouard COUTY, mars 2013

Textes et décret

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

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

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant code de déontologie des infirmiers JORF n°0276 du 27 novembre 2016 ; texte n° 44

7eme séminaire des Directeurs des Soins ; 23 juin 2017 ; Quel sens donner aux directeurs des soins à l'heure des territoires

Site internet

Arbric, JC. (1999). Psychologie de la communication : théorie et méthodes. *CURSUS* ; <https://fgabarrot.files.wordpress.com/2013/03/abric>

Camilleri, S. (2015). Compétence, savoir, savoir-faire, savoir-être : quelles différences ? blog.missions-cadres.com/articles/competence-savoir-etre-differences.

ELGER, B S. (2010). Le paternalisme médical : mythe ou réalité ? Aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant. Genève : *Médecine et Hygiène*. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige>

Boboc,A. Bouchareb,K. Deruelle,V Metzger, JL.« Le coworking : un dispositif pour sortir de l'isolement ? », *SociologieS*, *Théories et recherches*, <http://sociologies.revues.org>

Domin,JP.(2016). « La réforme de l'hôpital public. Un management sans ménagement » *La Vie des idées*. <http://www.laviedesidees.fr/La-reforme-de-l-hopital-public.html>

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais> :

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<https://fr.wikipedia.org>

www.latoupie.fr/

http://theses.univlyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2009.de_moura_braga_

Apports théoriques

UE 01 – Santé publique DS 2017 - Santé au travail et management durable (V. Daubas-Letourneux, L. Madec - DSET)

UE 08 – Sociologie de l'hôpital et de l'action collective – François-Xavier SCHWEYER -

Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

Le projet managérial du directeur des soins : un enjeu d'accompagnement efficient de l'encadrement. Brigitte Fanzi - 2013 -

Liste des annexes

Annexe 1 : questionnaires d'entretien

Annexe 2 : questionnaire à destination des EDS

Annexe 3 : grille d'analyse des entretiens

Annexe 1 : questionnaires d'entretien

Entretien Directeur des Soins

NOM

TEL

Tout d'abord, je vais me permettre de vous interroger sur votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction, votre place dans l'organigramme de la direction (*ancienneté dans la fonction, nombre de poste occupés dans la fonction, combien d'établissement pour comparatif des organisations*)

Le mal-être des cadres de santé est médiatiquement décrit depuis quelques années, à quoi pensez-vous puisse l'attribuer ? (*Politique institutionnelle, paradoxe éthique et performance, valeurs professionnelles, manque de reconnaissance, positionnement dans l'équipe et par rapport au corps médical, densification du travail*)

Si vous deviez me citer quatre missions indispensables à la fonction d'un cadre de proximité aujourd'hui, lesquels prioriseriez-vous ? (*positionnement, accompagnement du changement, contrôle, lien avec le GHT*)

Les cadres peuvent-ils toujours être associés à la politique managériale des établissements ? (*Motivation, implication, capacité à développer son leadership, quelle place dans la décision,*)

Comment la structuration de la direction des soins peut-elle contribuer à faire adhérer les cadres à la politique institutionnelle ? (*structuration, positionnement du DS, hiérarchie, reconnaissance, communication, conduite de projets*)

Quel lien faites-vous entre les missions du DS et l'épanouissement professionnel des cadres dans le contexte actuel ? (*Repérage et reconnaissance des compétences, lisibilité de la politique institutionnelle, question du sens, propre conception, visibilité des cadres, accompagnement des projets, coaching*)

Entretien cadre de pôle

NOM

TEL

Tout d'abord, je vais me permettre de vous interroger sur votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction, votre place dans l'organigramme de direction (*ancienneté dans la fonction, nombre de postes occupés dans la fonction, combien d'établissements pour comparer les organisations*)

Le mal-être des cadres de santé est médiatiquement décrit depuis quelques années, à quoi pensez-vous puisse l'attribuer ? (*management des agents, écart entre le terrain et la formation CS, paradoxe éthique et performance, valeurs professionnelles, Non adhésion aux projets, manque de reconnaissance, difficulté de positionnement*)

Si vous deviez me citer quatre missions indispensables à la fonction d'un cadre de proximité aujourd'hui, lesquels prioriseriez-vous (*missions dans l'établissement, quelle projection avec le GHT*) ?

Les cadres peuvent-ils toujours être associés à la politique managériale des établissements ? (*implication dans les projets, reconnaissance, place laissée par le cadre de pôle*)

Comment la structuration de la direction des soins peut-elle contribuer à faire adhérer les cadres à la politique institutionnelle (*visibilité du directeur des soins, communication, information sur la politique de santé, lien direct entre DS et CS, place du CPP, place du projet de soins dans le pôle*)

Quel lien faites-vous entre les missions du DS et l'épanouissement professionnel des cadres dans le contexte actuel ? (*Repérage et reconnaissance des compétences, lisibilité de la politique institutionnelle, conception de l'encadrement, accompagnement des projets*)

Entretien cadre de santé

NOM

TEL

Tout d'abord, je vais me permettre de vous interroger sur votre parcours professionnel, votre ancienneté dans la fonction, votre place dans l'organigramme de la direction (*ancienneté dans la fonction, nombre de postes occupés dans la fonction, combien d'établissements pour comparatif des organisations*)

Le mal-être des cadres de santé est médiatiquement décrit depuis quelques années, à quoi pensez-vous que l'on puisse l'attribuer ? (*difficulté de positionnement, autonomie, attentes par rapport à la hiérarchie, reconnaissance*)

Si vous deviez me citer quatre missions indispensables à la fonction d'un cadre de proximité aujourd'hui, lesquels prioriseriez-vous (*mission/fonction, accompagnement, contrôle, place dans les projets, politique qualité, lien avec le GHT*) ?

Les cadres peuvent-ils toujours être associés à la politique managériale des établissements ? (*Motivation, implication, acteur à part entière, place dans la stratégie*)

Comment la structuration de la direction des soins peut-elle contribuer à faire adhérer les cadres à la politique institutionnelle ? (*Mise en place des pôles, communication, PREF*)

Quel lien faites-vous entre les missions du DS et l'épanouissement professionnel des cadres dans le contexte actuel ? (*Repérage et reconnaissance et évaluation des compétences, lisibilité de la politique institutionnelle, visibilité du DS, rapport direct conception de l'encadrement, visibilité, accompagnement des projets, coaching, management de l'encadrement*)

Annexe 2 : questionnaire à destination des EDS

Questionnaire en ligne aux EDS

1 -Pensez-vous que l'organisation de la direction des soins ait un impact sur l'épanouissement des cadres de santé ?

Oui

Non

2- Classez par importance les éléments susceptibles d'influer sur la QVT des cadres de santé,

La motivation

L'implication

Le positionnement

La reconnaissance des compétences

L'autonomie

Annexe 3 : grille d'analyse des entretiens

ANDRO-MELIN

Alexandra

Décembre 2017

DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2107

STRUCTURER LA DIRECTION DES SOINS : LE DEFI DU DIRECTEUR DES SOINS POUR UN MANAGEMENT DURABLE

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE RENNES

Résumé :

Depuis une vingtaine d'années, le monde hospitalier a fait l'objet de multiples réformes provoquant de profonds changements de paradigmes. La gouvernance des hôpitaux s'articule au niveau des Agences Régionales de Santé qui fixent les objectifs à atteindre en lien avec les établissements d'un même territoire.

Aujourd'hui, très souvent, les décisions prises au plus haut niveau parviennent au cadre de santé comme des injonctions, et confrontent ses valeurs et son éthique. Il lui est alors difficile d'accompagner les changements, de faire adhérer et d'investir les équipes vers les nouvelles orientations.

La question du management de l'encadrement est centrale pour les Directeurs des Soins, elle implique une réflexion stratégique dans la mise en œuvre de la politique managériale, la construction et la structuration de la Direction des Soins.

La communication et la reconnaissance de l'équipe d'encadrement impulsées par le Directeur des Soins sont des leviers essentiels à la QVT.

L'enquête qualitative réalisée propose d'identifier les leviers et les freins à l'épanouissement des cadres au travail.

Des préconisations sont proposées aux directeurs des soins pour faciliter l'accompagnement de l'équipe d'encadrement dans sa globalité en s'appuyant sur des valeurs partagées.

Mots clés :

Cadres de santé -communication –Directeur des Soins - Ethique managériale
Epanouissement au travail - Management durable – Motivation reconnaissance –
Structuration de la direction des soins

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.
