



Directeur des Soins
Promotion : **2017**
Date du jury : **Décembre 2017**

**Le directeur des soins et le processus
d'autonomisation des soignants**
Une opportunité managériale

Cédric BACHELLEZ

Remerciements

Sur ce chemin de réflexion, j'ai rencontré des guides, des questionneurs, des accompagnateurs et des soutiens qui m'ont aidé à construire ce travail qui s'appuie notamment sur de nombreuses expériences partagées. Je remercie tous ces acteurs pour leur bienveillance et l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail mais aussi à mon évolution, ma progression.

Je remercie ma conjointe, ma famille, mes amis pour la considération qu'ils m'apportent, la confiance qu'ils m'accordent, l'affection qu'ils me témoignent et la patience dont ils font preuve.

Je remercie mes collègues de promotion, chacun a amené sa pierre pour faire de cette année une belle expérience, un beau voyage.

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	1
INTRODUCTION.....	5
<u>1-CADRE CONTEXTUEL</u>	8
1.1 DE L'AUTONOMIE DES INSTITUTIONS A L'AUTONOMIE DES HOMMES, QUAND LE NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC RENCONTRE LA QVT.....	8
1.1.1 LE NOUVEAU MANAGEMENT PUBLIC.....	8
1.1.2 QUALITE DE VIE AU TRAVAIL.....	12
a/Approche historique et géographique.....	12
b/ La définition française de la QVT.....	12
1.1.3 LA QVT EN MILIEU SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL, UN VECTEUR DE QUALITE DES SOINS	14
a/ Une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé.....	14
b/ La QVT comme critère de certification v 2014 : le symbole d'une collaboration HAS-ANACT motrice pour les établissements de santé.....	15
<u>2/CADRE CONCEPTUEL</u>	16
2.1 L'AUTONOMIE.....	17
2.1.1 L'AUTONOMIE PROFESSIONNELLE.....	17
2.1.2 LE PROCESSUS D'AUTONOMISATION.....	18
2.1.3 L'EVALUATION DE L'AUTONOMIE.....	18
2.2 L'EMPOWERMENT.....	19
<u>3-ENQUETE DE TERRAIN : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET ANALYSE</u>	21
3.1 METHODOLOGIE DE RECHERCHE.....	21
a/Choix de la population	22
b/ Présentation de la population.....	23
c/ Le terrain d'étude :.....	24

d / La construction de la grille d'entretien :.....	24
3.2 ANALYSE DE CONTENU.....	25
a/ 1 ^{ère} série d'entretiens.....	25
b/ 2 ^{ème} série d'entretiens.....	34
c/Synthèse des analyses et validation des hypothèses.....	39

4- PRECONISATIONS.....41

4 .1 PENSER L'HOPITAL COMME UNE ORGANISATION APPRENANTE :.....	42
a/ une dynamique de conscientisation de la décision facilitée par la démarche réflexive.....	44
b/ un partenariat formation initiale/formation continue à revisiter.....	45
c/ une dynamique institutionnelle de partage des savoirs.....	46
d/ une limitation du turn over, une polyvalence réfléchie et enrichissante.....	47

4 .2 LE PROCESSUS D'AUTONOMISATION PORTE INSTITUTIONNELLEMENT PAR LE SCHEMA MANAGERIAL.....	48
a/ Le déploiement d'un management responsabilisant.....	48
b/La promotion du management clinique	49
c/ Un équilibre confiance évaluation contractualisé et porteur de QVT.....	50

CONCLUSION.....	52
------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE

ANNEXES

LISTE DES SIGLES UTILISES

ANACT :	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CME :	Commission médicale d'établissement
CSIRMT :	Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
DG :	Directeur général
DRH :	Direction des ressources humaines
DS :	Directeur des soins
ETP :	Equivalent temps plein
FHF :	Fédération hospitalière de France
GPEMC :	Gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences
GHT :	Groupement hospitalier de territoire
HAS :	Haute autorité de santé
HPST :	Hôpital, patients, santé et territoires
IFSI :	Institut de formation en soins infirmiers
NMP :	Nouveau management public
NPM :	New public management
QVT :	Qualité de vie au travail
RGPP :	Revue générale des politiques publiques
RMM :	Revue de mortalité et de morbidité
RETEX :	Retour d'expérience

PREAMBULE

La préoccupation de la continuité est assez spécifique de notre secteur sanitaire et médico-social qui accueille, oriente, traite, surveille et accompagne des usagers 24 heures sur 24. En effet, dans une temporalité de l'activité médico-soignante qui cherche à se synchroniser avec l'homme, sa santé et ses besoins, la notion de continuum est un objectif à atteindre pour éviter les ruptures, les pertes de chances, les retards de prise en soins mais aussi pour satisfaire aux exigences du client, de la loi, des référentiels. La permanence du besoin en santé et du risque sanitaire entre alors en résonance avec la permanence de l'offre de soins et son organisation territoriale.

les principes fondateurs du service public r appellent l'obligation de continuité au travers de la loi de Rolland de 1938 et par conséquent l'obligation d'une permanence des soins qui est à ce jour, organisée par les agences régionales de santé en fonction des besoins de la population pour ce qui concerne les établissements de santé et la médecine de ville. Par ailleurs, ces mêmes établissements ont également pour obligation d'organiser une permanence administrative assurée très majoritairement par les équipes de direction. La mise en œuvre d'une permanence de l'encadrement n'est pas légiférée, elle fait l'objet de décisions locales et contextuelles et n'est par conséquent pas du tout harmonisée sur le territoire. Certains groupes hospitaliers de grande taille, au travers d'une dynamique, d'une volonté de la direction générale, tendent à uniformiser leurs organisations, leurs processus managériaux. L'assistance publique des hôpitaux de Paris a légitimé la nécessité d'une permanence de l'encadrement en 2013 au travers d'une commande émanant de la direction générale :

« La nécessité de mettre en œuvre une permanence de l'encadrement s'inscrit dans le contexte de la permanence et de la continuité des soins à l'hôpital. Elle se définit en fonction des nécessités et des besoins repérés sur les différents sites composant le groupe hospitalier. La présence d'un encadrement soignant paramédical en journée les week-ends et jours fériés s'inscrit dans un continuum de la présence des cadres paramédicaux au même titre que les présences administrative, technique et informatique pour lesquelles il n'y a pas de rupture »¹

Cette commande, en cohérence avec la politique managériale traduisait, pour ce domaine d'activité, la volonté de promouvoir la qualité de vie au travail en accompagnant les soignants mais visait également la rationalisation des moyens humains engagés dans une

¹ Note du directeur des ressources humaines de la direction centrale du 22 novembre 2013

période de contraintes économiques (gestion de l'absentéisme, du recours à l'intérim, des heures supplémentaires etc...).

Cette harmonisation ne dépasse pas à ce jour les groupes hospitaliers mais le GHT sera peut être une opportunité d'étendre la réflexion à un niveau territorial.

Nous avons questionné plus de 50 structures de tailles diverses et il s'avère très complexe d'identifier des tendances, des généralités pour ce qui concerne les interrelations entre les contextes, les typologies d'établissements et d'activités et les organisations de permanence de l'encadrement choisies et mises en œuvre. Des établissements parfois très similaires ont des organisations et des moyens engagés radicalement différents.

Nous avons rencontré des directeurs des soins et directeurs généraux en questionnement sur la décision de déployer une équipe d'encadrement de nuit, notamment au regard du coût engagé et de la plus value considérée comme incertaine ou pour le moins à mesurer mais aussi compte tenu des alternatives possibles (astreintes, procédures etc...)

Nous n'avons pas rencontré de directeur souhaitant désengager un dispositif établi, ce qui traduit une efficacité de l'organisation existante ou peut être une complexité à mener l'allégement du dispositif d'encadrement notamment en référence au message social envoyé.

Pour ce sujet de la permanence de l'encadrement, La question économique est centrale mais n'est pas unique. Elle vient en complément d'une culture d'établissement et par conséquent d'un historique. Elle est une organisation managériale portée par des hommes qui ont des convictions, une expérience, des compétences et elle s'appréhende dans un contexte de contraintes économiques et de promotion de la qualité de vie aux travail qui sont des entités par natures assez difficiles à faire cohabiter.

Si parfois , la genèse de la mise en œuvre d'une permanence de l'encadrement est liée à une volonté des directions d'apporter une réponse plus cohérente et plus proche aux problématiques des unités de soins , des usagers et des professionnels, il n'en demeure pas moins qu'elle constitue également pour l'administrateur de garde, l'opportunité de pouvoir s'appuyer sur le jugement et la capacité d'action d'un collaborateur fiable et pertinent.

Cette organisation de la continuité de l'encadrement et de ses alternatives est une préoccupation des directeurs des soins qui à un niveau stratégique, doivent impérativement se positionner sur ce sujet qui les engage professionnellement. Ce constat d'une implication des directeurs des soins dans la politique de continuité de l'encadrement et d'une volonté d'apporter une réponse de proximité aux situations s'inscrit s'il l'on prend plus de recul, dans une modernisation du management des institutions publics que sont les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Instaurés dans le monde hospitalier depuis 2009 et la mise en œuvre de la loi HPST , les principes fondateurs du new public management qui visent notamment à développer les

aspects de subsidiarité et de gradation des réponses aux situations et aux besoins de la population, de l'utilisateur ou du « client », se sont ancrés plus profondément encore au travers de l'instauration des GHT en 2016.

Questionnant les organisations et leurs dimensions managériales, le NMP vise des objectifs d'efficacité, de flexibilité tout en accordant une place importante à la question des conditions de travail. Selon PESQUEUX² ; « *Le New Public Management va insister sur la programmation, la coordination, la contractualisation, l'évaluation des décisions (ex ante et ex post...)* Cette discussion est marquée par l'introduction de logiques de compétitivité dans les services administratifs du fait de systèmes d'évaluation et d'incitation applicables aux administrations publiques comme à leurs fonctionnaires. L'autonomie alors accordée aux services publics tend à faire passer le rôle managérial des agents publics devant les objectifs politiques du fonctionnement des services administratifs par référence à une stratégie qui doit alors être formulée explicitement. »

La volonté de responsabilisation des structures, des groupements, se retrouve également au travers de la gouvernance hospitalière qui favorise la délégation de gestion aux pôles, la contractualisation d'objectifs et de moyens. L'autonomie est alors identifiée comme un levier de performance des organisations et elle se décline au niveau institutionnel, à ses différents niveaux de fonctionnement. Par exemple, au travers de la prise de décisions d'un trinôme de pôle dans sa gestion de ses ressources, de ses besoins en formation, de l'élaboration de projets etc...

Cette autonomie est à ce jour , dans un aspect plus proche de l'action quotidienne des employés du secteur sanitaire et médico-social, considérée comme un vecteur de performance et d'accomplissement si l'on se réfère aux travaux de l'ANACT et de la HAS réunis autour de la question de la qualité de vie au travail et de ses déterminants. Le sujet de l'autonomie questionne donc les directeurs de soins aux niveaux macro, méso et micro.

De la politique de santé jusqu'à l'agent sur son poste de travail, on peut se demander s'il est possible d'envisager une continuité dans ce souhait de développer, encourager l'autonomie mais aussi la créativité individuelle et collective, notamment en s'appuyant sur des modes managériaux novateurs, des organisations innovantes.

Nous avons choisi d'aborder la thématique de la promotion de l'autonomie des soignants au travers du prisme de l'organisation de la continuité de l'encadrement car cette dimension de l'activité hospitalière se distingue par sa diversité.

² Yvon PESQUEUX « le nouveau management public »-www.cnam.fr

L'activité de nuit a plus particulièrement retenu notre attention pour sa singularité, tant au niveau des organisations de travail que des situations rencontrées, des moyens humains présents et des décisions qui se prennent.

Vecteur d'efficacité et de qualité de vie au travail, l'autonomie et le processus d'autonomisation, le pouvoir d'agir des équipes en poste la nuit semblent être en interrelation avec le niveau de l'organisation de la permanence de l'encadrement. Il y aurait un lien entre l'intensité de la présence de l'encadrement et la capacité à prendre des décisions des agents. Ce travail d'investigation vise notamment à objectiver ces interrelations évoquées et à proposer une approche managériale élargie qui a pour objectif de promouvoir le processus d'autonomisation.

Dans un système hospitalier qui tend à se standardiser, à s'homogénéiser sur le territoire national, notamment sous l'effet des étapes successives de certifications, des exigences et des normes ; la diversité des dispositifs et organisations observés pour ce qui concerne la mise en œuvre dans les établissements de la continuité de l'encadrement est interpellante et a nourri le premier temps de notre réflexion. Un regard plus global a permis dans un second temps de se demander comment insérer le souhait de promouvoir l'autonomisation dans une politique managériale cohérente, portée par le directeur général, le directeur des ressources humaines, le directeur des soins et relayée par l'encadrement. Comment penser et mettre en œuvre un management et des organisations qui laissent une place à la prise de décision, à la créativité et permettent les apprentissages, le développement du professionnel ?

Il semble alors nécessaire d'être particulièrement vigilant à propos d'un élément qui pourrait mettre en tension le système et ses acteurs. En effet, promouvoir l'autonomie, et le pouvoir d'agir en standardisant les fonctionnements relèverait de l'injonction paradoxale dont il faut bien évidemment se prémunir, et c'est également un des enjeux de ce travail.

INTRODUCTION

Dans un contexte économique contraint, la question de la pertinence des dépenses engagées, associée à la notion de retour sur investissement est un sujet incontournable pour les équipes de direction des établissements de santé qui sont en quête d'efficacité ; d'autant plus lorsqu'il s'agit d'organisations non obligatoires, qui ne sont pas soumises à des normes. La question de la permanence de l'encadrement et de son organisation entre tout à fait dans ce créneau, ce qui explique probablement, la diversité des dispositifs existants dans les établissements de santé et groupes hospitaliers. La décision d'instaurer et de pérenniser une équipe d'encadrement de nuit coûte à un établissement environ 130000 euros annuellement, mobilise 3 cadres (2,5 ETP) et l'on donc peut comprendre que cet investissement fasse débat à certains endroits où la situation financière est en tension.

Pour autant, cet encadrement de nuit peut être considéré également par un bon nombre de directeurs et directeurs généraux, comme incontournable. Quels sont les éléments qui déterminent la nécessité pour un établissement de disposer d'un encadrement de nuit ? Le case-mix des activités, la présence d'un service d'urgences, d'une activité chirurgicale et obstétrique, la taille de l'établissement, le nombre d'agents en poste la nuit pourraient être des critères à retenir, mais à partir de quel niveau est-il recommandé ou préférable ou nécessaire, de mettre en œuvre la permanence de l'encadrement et notamment la nuit ?

Des établissements aux profils similaires peuvent avoir des organisations radicalement différentes pour cette thématique et par conséquent, les directeurs des soins ont une place centrale dans les questions suivantes :

- Une permanence de l'encadrement organisée de quelle façon, pour quelle plus value et avec quels acteurs ?
- Quel est l'impact sur l'activité du directeur des soins, sur son management de l'encadrement et sur la politique de soins qu'il élabore ?

Deux expériences significatives viennent étayer ce questionnement, d'autant plus que les 2 établissements observés ont un profil similaire:

- ✓ la première est en lien avec mon expérience professionnelle de cadre de santé ayant participé à la permanence de l'encadrement pendant 6 ans dont 2 ans dans des missions de cadre de nuit.
- ✓ La seconde expérience est en lien avec mon 1^{er} stage d'immersion et de découverte de la fonction DS.

Le premier établissement a organisé une permanence de l'encadrement depuis plus de 20 ans. Elle se compose de 3 niveaux de responsabilité sous des modes de garde et astreinte 24h/24 : le cadre de santé de garde (sur place), l'administrateur de garde (astreinte

téléphonique + déplacement si nécessaire : il s'agit des cadres supérieurs de santé et ingénieurs), le directeur de garde (le directeur d'établissement et ses 5 adjoints dont le DS participent au tour de garde). Sont alors constatées de nombreuses situations qui témoignent d'une perte d'autonomie ou tout au moins d'une diminution du pouvoir d'agir des équipes soignantes qui sollicitent le cadre de garde pour de multiples raisons allant jusqu'au simple dépannage d'une boîte de gants alors que le service voisin est doté. Une certaine forme de déresponsabilisation s'opère progressivement et de façon assez insidieuse. Le rapport de causalité, s'il n'est pas prouvé et s'il s'insère probablement dans un aspect multifactoriel et multidimensionnel, est évoqué sans retenue par les soignants les plus expérimentés qui régulièrement partage avec le cadre de nuit « *qu'avant, on en faisait plus et que sans cadre, ça ne tournait pas plus mal. On appelait le directeur, on gérait les situations* ». Aucune anticipation de la gestion des situations d'absentéisme n'est effectuée, les dysfonctionnements dans les commandes de médicaments nécessitant le rappel du pharmacien de garde sont nombreux et se généralisent, les sollicitations des médecins de garde sont parfois mal gérées (tardives ou absentes), la prise d'initiative pour l'organisation des soins est rare, les attitudes de déresponsabilisation pour ce qui concerne les sorties à l'insu du service sont questionnantes (banalisation, absence de recherche etc)

. Les 3 cadres de nuit lorsqu'ils partagent leurs expériences, évoquent ce manque d'autonomie des équipes et partagent donc ce constat.

Le second établissement ne dispose pas d'une permanence de l'encadrement 24h/24. Le week-end, un cadre de santé est d'astreinte téléphonique et peut se déplacer si besoin. Le directeur de garde assure la garde administrative et peut être sollicité pour des problématiques en lien avec l'activité des services, avec l'absentéisme. Je constate le fait que les équipes contactent rarement le directeur, mes échanges dans les services ainsi que mes observations valident le fait que les équipes ont ou s'octroient une plus grande latitude décisionnelle (gestion de l'absentéisme, dépannages en médicaments, gestions des situations complexes)

Le constat ne s'arrête pas à ces différences de niveau d'encadrement et à l'éventuelle corrélation avec l'autonomie, le pouvoir d'agir. La situation n'est pas manichéenne et laisse entrevoir la complexité qui pourrait expliquer la diversité des réponses apportées sur le territoire national. En effet, dans le second établissement, au décours d'une réunion entre l'équipe soignante de chirurgie, le médecin chef de pôle, la directrice des ressources humaines et le coordonnateur général des soins, des éléments préoccupants sont abordés :

- Procédures d'appel des chirurgiens non respectées
- Prescriptions orales
- Dépassements de compétences

➤ Difficultés organisationnelles

Ces difficultés existent également dans le 1^{er} établissement mais sont connues et prises en compte et régulées par l'encadrement de nuit qui accompagne les équipes. La situation est donc moins idéale qu'il n'y paraît dans le second établissement et cela suscite un questionnement au niveau de l'équipe de direction qui souhaite engager une réflexion sur la plus value d'un encadrement de nuit de proximité sur site. La question de l'autonomisation des soignants au travers du prisme de la permanence de l'encadrement retient plus particulièrement notre attention pour débiter la démarche d'investigation. Inscrite comme un déterminant de la qualité de vie au travail, l'autonomisation des soignants est-elle aujourd'hui une préoccupation du directeur des soins qui veille à organiser avec l'encadrement, des contextes de travail favorables ? Cette recherche d'autonomie n'est pas, selon les diverses enquêtes réalisées à propos des conditions de travail, une quête des soignants mais plutôt des cadres de proximité et cadres intermédiaires. Il s'agirait donc pour les managers stratégiques de déterminer ce qui est bon pour l'autre et de lui permettre d'en prendre conscience pour qu'il entre dans un cercle vertueux où lui-même utilise et ensuite élargit son espace d'autonomie, sa latitude décisionnelle et s'autorise à créer, à innover, à choisir en pleine conscience. Comment permettre alors au groupe des soignants, la prise de conscience de l'intérêt de l'autonomie qui est un vecteur de performance, de bien être au travail ? Quelles stratégies le DS doit-il mettre en œuvre pour parvenir à cet objectif qui consiste finalement à promouvoir le processus d'autonomisation.

Au regard de ces situations, il semble opportun de se demander :

Comment le directeur des soins peut-il concevoir et manager une permanence de l'encadrement contribuant à la promotion de l'autonomisation des agents ?

Trois Hypothèses émergent :

- 1- L'organisation de l'activité continue de l'encadrement impacte l'autonomie des soignants
- 2- Le DS, au travers de son management de l'encadrement peut contribuer à promouvoir, à maintenir ou restaurer l'autonomie des soignants
- 3- L'élaboration des contours des missions de la permanence de l'encadrement doit faire l'objet d'un partenariat avec les acteurs qui sont concernés (agents-cadres-direction)

Après avoir proposé une approche contextuelle permettant d'insérer la réflexion dans une dimension macro, l'analyse conceptuelle permettra de clarifier les concepts d'autonomie et d'empowerment. L'enquête réalisée auprès de 16 professionnels d'établissements assurant ou pas une permanence de l'encadrement apportera notamment un regard sur les déterminants du processus d'autonomisation puis le travail d'élaboration des préconisations

nous projettera dans l'exercice de directeur des soins qui s'appuiera sur une vision institutionnelle et stratégique.

1-CADRE CONTEXTUEL

1.2 De l'autonomie des institutions à l'autonomie des hommes, quand le Nouveau management public rencontre la QVT

1.1.1 Le nouveau management public

Selon A.Bartoli, *“Le management public, correspond à l'ensemble des processus de finalisation, d'organisation, d'animation et de contrôle des organisations publiques, visant à développer leur performance générale et à piloter leur évolution dans le respect de leur vocation.”*³ Le management public sera donc entendu comme un ensemble de pratiques managériales concourant à l'atteinte de finalités définies et répondant aux valeurs de service public que sont notamment : l'intérêt général, la continuité du service, l'égalité de traitement et la neutralité.

Le Nouveau Management Public (NMP ou NPM pour “New Public Management”) trouve son origine en Angleterre au début des années 1970. Son principe général est de transférer des méthodes de gestion du secteur privé vers le secteur public. Son caractère politique est majeur. L'objectif du NMP peut varier selon les intérêts recherchés d'un Etat et peuvent être l'amélioration de l'efficacité des administrations publiques.

C. Hood⁴ identifie et définit, dès le début des années 1990, les principes du NMP comme un type d'amélioration de la gestion publique. Selon Hood différents éléments sont structurant du NPM tel que:

- la distinction dans le secteur public entre le pilotage (par les élus via leur mandat) et la gestion (par des hauts gestionnaires);
- l'application de normes, les mesures de la performance et le contrôle des résultats obtenus;
- Le “client” est mis au centre des intérêts en développant la qualité;
- La déconcentration du pouvoir décisionnel;

³ A.BARTOLI, *Management dans les organisations publiques*, 3ième édit, Dunod, 2009

⁴ C.HOOD, *A public Management for allseasons?*, Public Administration, 1991

- L'utilisation des outils du secteur privé ainsi que la prise en compte de la notion d'efficacité.

Selon Osborne et Gaebler⁵, le NPM est un ensemble d'idées fondatrices des réformes initiées au sein des Etats et qui ont également permis de faire émerger des innovations de différentes natures au sein des administrations publiques. Le but étant de "réinventer l'action publique en rapport à l'Etat Providence".

Selon Amar et Berthier: "L'idée principale du NMP est que les méthodes de management du secteur privé, supérieures à celles du secteur public, peuvent lui être transposées. Le secteur public est jugé inefficace, excessivement bureaucratique, rigide, coûteux, centré sur son propre développement (effet Léviathan), non innovant et ayant une hiérarchie trop centralisée"⁶. Amar et Berthier propose un tableau synthétique⁷ des différentes actions qui peuvent s'inscrire dans le NMP:

Fonction stratégique	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion par les résultats • Mise en place d'une planification stratégique • Privatisation d'entreprises publiques, externalisation (faire-faire) • Mise en place de partenariats public/privé • Séparation des fonctions politique (conception) et administrative (mise en œuvre) • Déconcentration et/ou décentralisation • Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en interne (l'intranet permet de décloisonner les services) • Généralisation de l'évaluation (culture de la performance) • Simplification des formalités administratives
Fonction finance	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des déficits • Budgétisation par programme • Plus grande transparence de la comptabilité (par exemple par la mise en place d'une comptabilité analytique pour comparer les résultats aux prévisions)
Fonction marketing	<ul style="list-style-type: none"> • Développement du marketing public (consultations, enquêtes, sondages, observatoires, etc.) • Utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication en externe (pour une meilleure communication)
Fonction ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des effectifs • Responsabilisation et motivation des fonctionnaires (individualisation des rémunérations, primes au rendement, etc.) • Développement de la participation

Source : d'après Laufer et Burlaud, 1980 ; Hood, 1991 ; Pollitt et Bouckaert, 2000 ; Gruening, 2001.

On observe une opportunité de responsabilisation des structures (décentralisation) mais aussi des individus, des employés.

⁵ D.OSBORNE et T.GAEBLER, Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector, NY:Peguin, 1993.

⁶ AMAR et BERTHIER, *le nouveau management public: Avantages et limites*, RECEMAP, 2007

⁷ Ibid 6

En France, la tentative la plus récente d'introduire le concept de modernisation de l'action publique réside dans le lancement, en 2007, de la RGPP⁸ (Révision Générale des Politiques Publiques) consistant à introduire des réformes structurelles au sein des administrations publiques afin d'en améliorer l'efficacité (ciblage et adéquation des missions publiques à coût maîtrisé). Cette RGPP repose en premier lieu sur *“une analyse approfondie des politiques publiques existantes ainsi que sur leurs modalités de mise en œuvre au sein des administrations et des organismes interministériels”*⁹.

Ce chantier de modernisation de l'organisation publique s'inscrit ainsi dans une volonté de changement notamment dans la vision bureaucratique de l'organisation des administrations publiques. Amar et Berthier mettent en regard deux visions organisationnelles: la vision de type "wéberienne" (bureaucratique) et celle de type NMP (entrepreneurial):

	Administration WEBERIEENNE	Administration NMP
Objectifs	respecter les règles et les procédures	atteindre les résultats, satisfaire le client
Organisation	centralisée (hiérarchie fonctionnelle, structure pyramidale)	décentralisée (délégation de compétences, structuration en réseau, gouvernance)
Partage des responsabilités politiciennes/ administrateurs	confus	clair
Exécution des tâches	division, parcellisation, spécialisation	autonomie
Recrutement	concours	contrats
Promotion	avancement à l'ancienneté, pas de favoritisme	avancement au mérite, à la responsabilité et à la performance
Contrôle	indicateurs de suivi	indicateurs de performance
Type de budget	axé sur les moyens	axé sur les objectifs

¹⁰Tableau 1. Comparaison entre administration de type "Weberienne " et NMP

⁸ P.JOSS directeur du budget (france), Présentation de la RGPP, juillet 2007

⁹ A.BARTOLI, *Management dans les organisations publiques*, Dunod, 2009

¹⁰ AMAR et BERTHIER, *le nouveau management public: Avantages et limites*, RECEMAP, 2007

Cette comparaison nous renforce dans l'idée que le NMP met l'accent sur la responsabilité de l'individu dans l'organisation (qu'il soit manager ou non), à son autonomisation.

Le nouveau management public repose sur une assise de principes qui concourent tous à un changement structurel des organisations publiques. La conduite de ce changement par les managers s'effectue donc avec l'aide d'outils issus notamment du secteur privé.

Le "benchmarking" ou étalonnage concurrentiel par audit interne ou externe constitue l'un des outils d'amélioration des performances par comparaison entre entreprises. Selon Xavier Mesnard et Jean Claude Tarondeau, *"le benchmarking est un ensemble d'outils et de méthodes d'évaluation des produits, des services, des méthodes, des processus d'une entreprise par comparaison à un référentiel issu de l'étude d'autres entreprises dans le but d'étalonner les performances par rapport aux concurrents ou de découvrir des pratiques nouvelles susceptibles de les améliorer"*¹¹. Le benchmarking permet également la création de référentiels prospectifs et également d'indicateurs de suivi et d'évaluation de la performance d'une organisation par rapport à une autre. Ce type d'outil centré sur la comparaison de résultats amène la question de l'engagement des professionnels enclins à accepter ces pratiques.

La contractualisation avec les acteurs est un second outil couramment utilisé dans la cadre d'une mise en place NMP. Un contrat, c'est une " *Convention, accord de volontés ayant pour but d'engendrer une obligation d'une ou plusieurs personnes envers une ou plusieurs autres.(quatre conditions sont nécessaires pour la validité du contrat: le consentement des parties, la capacité de contracter, un objet certain, une cause licite.)*"¹²

Pour A.Bartoli, *"Les contrats reposent sur la nécessité de définir des objectifs [...] ils se concrétisent par une convention pluripartite"*¹³.

Cette contractualisation des acteurs nécessite un cadre structurel clairement défini concernant la gouvernance au sein de l'organisation.

La gouvernance et notamment le mode délégitif constitue le socle structurel de l'action des professionnels. Le choix qui est opéré est le choix de la déconcentration du pouvoir décisionnel. Cette déconcentration souhaite se faire au plus proche du "terrain" et se trouve légitimé par des textes réglementaires. Ce mode de gouvernance met l'accent sur l'autonomisation des professionnels et permet la clarification des responsabilités.

¹¹ X.MESNARD et JC TARONDEAU, *Utiliser l'audit par benchmarking pour améliorer les performances*, Revue française de gestion, 2003/6 n°147,

¹² <http://www.larousse.fr>

¹³ Ibid 9

Le nouveau management public sera donc entendu comme une volonté politique dont l'objectif est d'optimiser et de réformer les organisations publiques (dont l'Hôpital fait partie). Pour ce faire les managers utilisent un ensemble de méthodes provenant du secteur privé en mettant au centre des intérêts : la performance et la responsabilisation individuelle et collective dans un objectif d'efficience.

Si l'approche macro visant l'éclairage sur les orientations des politiques publiques a permis de mettre en exergue cette volonté de responsabilisation individuelle, la perspective d'autonomisation des individus doit trouver sens dans les activités réalisées par les hommes. Notre champ professionnel sanitaire et médico-social est bien évidemment concerné et au delà de la recherche de la performance, nous devons intégrer la volonté de responsabiliser l'individu, à une démarche de promotion du bien-être au travail où l'autonomie est un déterminant de la qualité de vie au travail. Le colloque organisé le 11 septembre 2017 par la HAS, la DGOS et l'ANACT est une illustration de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner la dynamique QVT en milieu de soins. Ce colloque qui avait pour thème :

La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins « Expérimenter, c'est imaginer » a été introduit par Mme Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé qui a notamment rappelé en lien avec les futures orientations de la stratégie nationale de santé , le principe de l'interrelation entre la qualité des soins et le bien être au travail qui s'alimentent l'un l'autre dans un cercle vertueux où formations, collaborations professionnelles, innovations managériales et organisationnelles , projets et valorisation des travaux réalisés sont des « catalyseurs » .

1 .1.2 QUALITE DE VIE AU TRAVAIL

a)Approche historique et géographique

D'après les sources de l'ANACT, L'intérêt pour la qualité de vie au travail est assez récent en France. Les prémices du concept sont retrouvés dans les années 50 où les limites du taylorisme (monotonie, déqualification, sentiment d'aliénation, impacts négatifs sur la productivité...) sont mises en évidence par Eric TRIST, du Tavistock Institute de Londres qui dans le cadre de ses recherches, démontre que l'efficacité au travail est en relation avec la qualité de vie au travail et que ce lien dépend en premier lieu de l'organisation du travail et des méthodes de production. TRIST insiste plus particulièrement sur l'importance du collectif de travail et de son autonomie dans son rôle de soutien aux individus sur les plans

psychologique et productif. La QVT est donc fondée sur la capacité de l'entreprise à harmoniser les dimensions humaines, sociales et techniques du travail. De ces fondements émergeront deux courants, l'un aux états unis d'Amérique et l'autre en Europe, plus particulièrement en Scandinavie. Les américains proposent dans les années 60, un modèle centré sur le développement des personnes où sont étudiés les besoins, les facteurs de motivation des salariés. Les aspects de la valorisation du travail, de l'autonomie sont identifiés comme des déterminants d'un nouveau terme qu'est la QVT (1972, conférence New York).

La QVT est alors observée comme une entité qui regroupe quatre axes : l'intégrité physique, l'intégrité psychique, le développement du dialogue social et l'équilibre entre la vie au travail et la vie « hors travail ». De façon contemporaine émerge également un intérêt pour la dimension psychologique de la santé au travail qui se manifeste par des recherches sur les phénomènes de stress, d'épuisement professionnel et leurs causes organisationnelles.

Dans les années 80, la QVT est définie comme l'articulation entre les besoins des salariés et le contenu du travail (autonomie, sens du travail, variété...) qui assure à la fois le bien-être et l'efficacité productive. Certains auteurs définissent la QVT à cette époque, comme le pouvoir exercé par le salarié dans la conception de son poste de travail.

Les aspects autonomie et responsabilisation sont donc identifiés très précocement comme déterminants de la QVT.

En Europe, c'est la dimension collective qui retient plus particulièrement les attentions. On évoque la notion de collectif de travail dans les pays scandinaves et la participation des salariés aux décisions touchant leur activité mais également aux orientations stratégiques de l'employeur est réelle.

b/ La définition française de la QVT

En France, le terme QVT a émergé dans des accords d'entreprises puis dans l'accord interprofessionnel de juin 2013 qui a permis de converger vers la définition suivante :

"Les conditions dans lesquelles les salariés exercent leur travail et leur capacité à s'exprimer et à agir sur le contenu de celui-ci déterminent la perception de la qualité de vie au travail qui en résulte".

Auparavant, les termes « améliorations des conditions de travail » avec une connotation plutôt orientée vers les risques professionnels et la prévention lui étaient préférés.

Il semble alors opportun d'orienter notre approche de la QVT vers notre milieu professionnel.

1.1.3 LA QVT EN MILIEU SANITAIRE ET MEDICO-SOCIAL, UN VECTEUR DE QUALITE DES SOINS

a) Une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé

Mme Marisol Touraine, alors Ministre des Affaires sociales et de la Santé, a présenté le 5 décembre 2016 une stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail aux représentants des professionnels de santé des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Cette stratégie a pour objectifs de répondre aux attentes exprimées par les professionnels et aux enjeux du système de santé (adaptation aux nouveaux besoins et aux progrès médicaux). Les évolutions récentes et à venir des organisations de l'offre de soins ainsi que le contexte contraint que nous traversons, ont un impact sur les conditions de travail et doivent faire l'objet d'une réflexion visant à accompagner le changement, à sécuriser et reconnaître les professionnels et leur travail.

La stratégie est articulée autour de 3 axes:

Une politique nationale soutenue et affichée:

Une gouvernance nationale est prévue afin d'impulser, suivre et évaluer la démarche (création d'une mission et d'un observatoire national, mise en place d'un dispositif doté d'un médiateur national et de médiateurs régionaux); Les formations initiales des professionnels médicaux et paramédicaux aborderont la qualité de vie au travail et la détection des psychosociaux. La généralisation d'équipes pluridisciplinaires (composées de psychologues, d'assistants sociaux et de conseillers en prévention des risques professionnels) sera instaurée à l'échelle des GHT.

L'amélioration de l'environnement et des conditions de travail des professionnels:

La qualité de vie au travail est à inscrire dans le projet d'établissement; elle sera placée au cœur des politiques sociales (généralisation des baromètres sociaux, organisation de rendez-vous annuels, mise à disposition d'outils pour mieux évaluer la charge en soins); la sécurité des professionnels sera renforcée; les réunions d'équipes et entretiens annuels individuels seront systématisés; la conciliation entre vie privée et vie professionnelle sera favorisée.

Accompagner les professionnels au changement et améliorer la détection des risques psycho-sociaux :

Le changement sera expliqué et accompagné pour faciliter son appropriation (généralisation d'une charte de l'accompagnement des professionnels en cas de restructuration, organisation d'actions de sensibilisation) ; les cadres seront accompagnés dans leurs activités de management (généralisation de méthodes d'encadrement et d'outils de gestion informatisée des plannings, formation des faisant-fonctions de cadres, définition de parcours professionnels) ; la détection et la prise en charge des risques psycho-sociaux sera améliorée (diffusion d'outils de sensibilisation, mise en place d'un dispositif d'écoute offrant un soutien psychologique et de groupes d'expression, recueil et analyse des événements indésirables graves liés à un risque psychosocial).

Cette démarche s'insère dans la continuité des travaux issus de la collaboration de la HAS et de l'ANACT qui ont notamment abouti à l'instigation de la QVT comme critère de certification des établissements de santé.

b) La QVT comme critère de certification v 2014 : le symbole d'une collaboration HAS-ANACT motrice pour les établissements de santé

L'amélioration conjointe de la performance et du bien-être des salariés est l'objectif central poursuivi dans cette collaboration entre ces deux entités qui a débuté en 2012. Cette union de compétences a permis de construire des analyses contextualisées et des plans d'actions adaptés à un milieu de travail spécifique où les agents sont exposés à des risques majorés. La FHF est également associée à certains travaux et celle-ci, par l'intermédiaire de sa conseillère paramédicale qui envisage la QVT au travers de 5 dimensions :

- la qualité des relations au travail
- l'organisation et le contenu du travail
- l'environnement physique de travail
- la possibilité du développement professionnel
- la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle

Selon elle, « *promouvoir la qualité de vie au travail, c'est agir concomitamment sur ces cinq leviers dans une vision ainsi que des échanges pluridisciplinaires, transversaux et quotidiens.*¹⁴

Une vision systémique de la QVT est un pré-requis pour pouvoir aborder avec efficacité ce domaine. C'est cette vision qui a permis d'identifier le lien entre QVT et qualité

¹⁴ Cécile Kanitzer –travail et changement « qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins « » ANACT-2016

des soins. En effet, pour la chef de projet au service développement de la certification de la HAS , « *la HAS est porteuse d'une conviction : qualité de vie au travail et qualité des soins sont intimement liés* »¹⁵. C'est cette conviction qui a amené la HAS à positionner la QVT comme critère de certification . «*la HAS a développé la place de la qualité de vie au travail au sein de la certification en la faisant figurer au rang des thématiques obligatoires du compte qualité récemment mis en place dans le cadre de la certification V2014* »¹⁶»

Le critère 3d de la certification précise que la démarche de QVT « *renforce l'attractivité, le sentiment d'appartenance et la motivation.* »¹⁷ » Selon la HAS, la qualité de vie au travail dépend notamment : de la qualité des relations de travail ; de l'organisation et du contenu du travail ; de l'environnement physique ; des possibilités de réalisation et de développement professionnels. De la conciliation entre vie professionnelle et vie privée.

A ce titre, les établissements doivent faire de la QVT, une orientation stratégique et s'engager dans des actions d'améliorations ainsi que des actions d'évaluation de la satisfaction des personnels.

Le contexte lié à la thématique investiguée ayant été analysé, il convient de proposer une approche conceptuelle de l'autonomie et de l'empowerment qui font l'objet de notre questionnement.

2 CADRE CONCEPTUEL

2.1-L'AUTONOMIE

« Autonomie » vient du grec *autos* : soi-même et *nomos* : loi, règle. L'autonomie est la faculté morale d'agir par soi-même en se donnant ses propres règles de conduite, sa propre loi. Associée à la liberté, elle se caractérise par la capacité à choisir de son propre chef sans se laisser dominer par certaines tendances naturelles ou collectives, ni se laisser dominer de façon servile par une autorité extérieure. Elle est souvent assimilée à la notion de liberté et d'indépendance pourtant elle s'inscrit dans un système d'interdépendances. L'autonomie n'est pas l'indépendance pas plus que son contraire n'est la dépendance. Elle a pour contraire l'anomie, l'absence de loi et pour contradictoire l'hétéronomie, la loi de l'autre à quoi elle se confronte directement.

Pour S.DESFONTAINES et S.MONTIER, Trois piliers essentiels construisent toute entité autonome qu'elle soit un individu, un groupe, ou une organisation :

«- *l'entité autonome dispose d'une capacité de décision à partir d'un véritable choix*

¹⁵ Véronique Ghadi-chef de projet QVT à la HAS-ibid 14

¹⁶ Ibid 16

¹⁷ Manuel de certification HAS –V2014

- l'entité autonome se structure par des règles précises qu'elle respecte et met en œuvre avec compétence

- l'entité autonome est suffisamment libre pour négocier ses choix et assumer en toute responsabilité ses décisions »¹⁸

Pour D.TISSIER¹⁹ l'autonomie d'un individu est la somme de trois ingrédients qui sont :

- Un objectif, une mission, un projet, une activité qui constitue le but à atteindre

- La compétence, qui indique le niveau d'expertise de la personne en lien avec la situation (ensemble des savoirs adaptés et utilisés dans un contexte donné).

- La motivation, qui indique le niveau d'énergie que la personne est prête à investir dans la situation.

L'introduction de la notion de motivation est relativement singulière dans les différentes lectures réalisées mais permet d'envisager la notion d'autonomie professionnelle sous un angle nouveau.

2.1.1L'autonomie professionnelle

L'autonomie professionnelle est le droit de s'administrer librement mais dans le cadre d'une organisation plus vaste que régit un pouvoir central. Elle se définit par la marge de manœuvre laissée au professionnel dans la réalisation de ses tâches ou de ses prises de décision. De ce fait l'autonomie n'exclut pas la dépendance puisque c'est la référence à des règles extérieures reconnues et acceptées qui définit le territoire de l'autonomie. Ces règles permettent à chacun d'apprécier sa marge de manœuvre, son pouvoir d'initiative et les limites de ses responsabilités. La définition de l'autonomie professionnelle selon Dominique Tissier, qui est transférable dans le cadre qui nous intéresse, « c'est la combinaison de la compétence et de la motivation d'une personne ou d'un groupe dans le cadre d'un objectif, d'une mission, d'un projet. Elle est relative à une situation précise, ce qui signifie qu'une même personne possède des degrés d'autonomie professionnelle variés selon les situations qu'elle rencontre »²⁰. Selon l'auteur, l'autonomie professionnelle est composée d'un objectif, d'un projet qui constitue le cadre de la situation, de la compétence qui indique le niveau de professionnalisme de la personne dans la situation et de la motivation qui indique le niveau d'énergie que la personne est prête à investir dans la situation

Le concept d'autonomie et son appropriation nous renvoie à la notion de processus d'autonomisation et nous questionne sur le parcours pour devenir autonome

¹⁸ DESFONTAINES S, MONTIER S-« Les clés de l'autonomie-modèles et processus d'accompagnement » Eyrolles 2012

¹⁹ TISSIER D, Management situationnel, Vers l'autonomie et la responsabilisation, INSEP CONSULTING Editions

²⁰ Ibid 19

« L'autonomie est alors vue comme une capacité qui s'accroît, s'expérimente et s'ajuste dans le temps .l'autonomisation est un processus de croissance de cette même capacité »²¹

2. .1. 2 Le Processus d'autonomisation :

Le processus d'autonomisation comme tout processus est une succession d'étapes. Cela implique pour l'apprenant de passer d'une étape à l'autre. Il est soutenu par le sens que l'on donne à l'action. Le processus a selon les différentes lectures effectuées, quatre étapes : soumission, opposition, individualisme, coopération.

La première étape est une étape de découverte. C'est une période d'apprentissage ou l'apprenant n'assume pas de responsabilité, les connaissances sont insuffisantes pour prendre des décisions. C'est une relation de soumission, de dépendance. Il va essayer d'affirmer son indépendance ou chercher à rester dans la dépendance. Le risque en restant à ce niveau est de ne pas pouvoir se responsabiliser. Si l'apprenant souhaite exister sans être complètement dépendant, il passe à l'étape suivante.

La deuxième étape est une relation d'opposition. Pendant cette phase, les connaissances commencent à être suffisantes pour oser passer à l'action soi-même. L'apprenant souhaite se détacher de sa relation de soumission. C'est la contre dépendance. Cette étape est marquée par l'ambivalence : celle de vouloir se détacher de sa dépendance à autrui mais dans une certaine sécurité personnelle.

A l'étape suivante, l'individualisme apparaît. L'apprenant pense et agit par lui-même. Il le fait de manière libre. Cette étape est favorisée par les connaissances et les compétences et fait appel à l'indépendance. L'individu agit librement sans référence à quoi que ce soit ou qui que se soit. Il marque une séparation nette d'avec la dépendance à autrui. Il a confiance en ses compétences, qui existent réellement.

La dernière étape est celle de la coopération. C'est une phase d'interdépendance. Dans cette relation l'autre est considéré comme son égal, un pair. Les compétences de chacun sont reconnues. L'évaluation de l'autonomie semble être indispensable pour identifier où se situe la personne dans le processus.

2.1 .3 L'évaluation de l'autonomie

Quelques auteurs abordent cette notion mais elle reste peu investiguée. TISSIER, considérant l'autonomie comme une combinatoire de la compétence et de la motivation, propose quatre niveaux d'autonomie qui sont observés dans la relation manager/collaborateur ::

²¹ Ibid 18

Niveau 1: Le collaborateur ne sait pas et ne veut pas. Il n'a pas les connaissances nécessaires. Il attend que le manager lui dise comment faire les choses. Il ne veut pas prendre de responsabilités pour diverses raisons. Son degré d'autonomie est très faible car sa compétence et sa motivation sont faibles voire très faibles.

Niveau 2: Le collaborateur ne sait pas bien mais veut bien. Il attend des explications de la part du manager. Il pose des questions. Il s'intéresse et fait preuve de bonne volonté. Son degré d'autonomie est faible car sa compétence est faible et sa motivation est moyenne.

Niveau 3: Le collaborateur sait et veut mais il pose des conditions. Il a les compétences ou quand il ne les a pas, il sait où se les procurer. S'il manque de confiance en lui il a besoin de l'appui du manager. Son degré d'autonomie est modéré car la compétence et la motivation sont moyennes.

Niveau 4: Le collaborateur fait preuve d'initiatives et de responsabilités. Il sait et veut, il se comporte en professionnel. Il prend du recul et sait analyser son travail de façon critique, il est actif, dynamique et intéressé. Son autonomie est forte car sa compétence et sa motivation sont fortes.

La capacité à avancer dans le processus d'autonomisation, si elle est liée à l'environnement favorable, est portée par la possibilité de la personne concernée, d'acquérir du pouvoir, c'est-à-dire l'empowerment qui est considéré alors comme un constituant du processus d'autonomisation.

L'empowerment

Le terme « *empowerment* », signifie « renforcer ou acquérir du pouvoir » sur un plan littéral. Il est employé depuis la fin des années 1970 dans des champs divers comme le service social, la psychologie sociale et la santé publique. Dans le milieu professionnel qui est notre domaine d'étude, l'empowerment désigne un « enrichissement des habilitations, des responsabilités et des champs d'action professionnels »

L'appropriation du concept d'empowerment nécessite au préalable de le considérer sous l'angle du processus, c'est-à-dire dans la dynamique qu'il représente « *Le concept d'empowerment peut être exploré à travers le prisme d'une entrée activité comme une façon de se représenter les réalités dans lesquelles l'acteur est engagé pour agir. Le concept d'empowerment n'est donc pas un concept permettant de comprendre ces réalités* »

,mais un concept permettant de les construire et d'y agir, il est utilisé pour désigner une capacité d'agir, ainsi que le processus pour l'atteindre »²²

Deux éléments caractérisent ce concept d'empowerment qui semble donc être un modèle pour l'action qui désigne de façon concomitante la capacité à agir et également le processus pour atteindre cette capacité. Le gain en pouvoir d'agir est associé à la capacité d'utilisation de ce pouvoir d'agir. Cette notion de capacité qui est en lien avec le potentiel reconnu du sujet, vu alors comme un individu capable, est reliée au développement humain, « *notamment dans le champ de l'éducation où le repérage des capacités visées est essentiel pour construire des ingénieries de formation. C'est ainsi que l'économiste Amartya Sen (2003), lorsqu'il envisage les droits accordés par une société, y associe comme condition sine qua non le développement de ce qui permet aux personnes de l'exercer, liant potentialité/condition d'effectivité dans le concept de « capability »²³*

Il existe donc un cercle vertueux où sont liés un agir, la représentation de soi comme agissant, la reconnaissance par d'autres de soi agissant. Le processus d'empowerment, c'est-à-dire le développement d'un pouvoir agir, serait ainsi potentiellement présent dans tout agir.

On recense généralement plusieurs typologies d'empowerment. L'une des plus connues, proposée par William Ninacs²⁴, identifie trois types d'empowerment :

- **l'empowerment individuel** qui comporte quatre composantes essentielles :

La compétence, l'estime de soi, la participation et la conscience critique. Dans leur ensemble et par leur interaction, elles permettent le passage d'un état sans pouvoir d'agir à un autre où l'individu est capable d'agir en fonction de ses propres choix .on mesure bien la multi dimensionnalité des déterminants de cet empowerment individuel qui peut être facilité par l'extérieur au sens des moyens alloués, des organisations facilitantes et apprenantes, de l'accompagnement proposé mais un chemin personnel est à parcourir.

l'empowerment communautaire renvoie à un état où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix et où elle favorise le développement du pouvoir d'agir de ses membres. La participation, les compétences, la communication et le capital communautaire sont les quatre plans sur lequel il se déroule. L'*empowerment* individuel contribue à réaliser celui de la communauté.la communauté hospitalière, dans sa

²² BERTRAND E –CARIAT I,2017«-empowerment : le pouvoir d'agir des chefs de service en action sociale et medico sociale »-dunod

²³ Ibid 3

²⁴ NINACS W.A.,2008-« Empowerment et intervention :Développement de la capacité d'agir et de la solidarité », Québec, Presses de l'Université de Laval

segmentation entre les communautés médicales, soignantes, techniques et administratives est face à une hétérogénéité de cette dynamique et voit parfois des freins culturels ralentir ce processus. La communauté paramédicale, dans son statut d'auxiliaire médicale semble avoir quelques difficultés à trouver son chemin dans ce domaine même si l'émergence de pratiques avancées, de coopérations professionnelles tendent à prouver le contraire.

- **l'empowerment organisationnel**, qui correspond aux deux fonctions d'une organisation sur le plan du développement du pouvoir d'agir : d'une part, elle sert de lieu d'empowerment pour les personnes qui y participent, et revêt en ce sens une fonction d'empowerment communautaire ; d'autre part, le cheminement permettant à l'organisation de développer son propre pouvoir d'agir constitue sa deuxième fonction. Ce cheminement s'exécute sur quatre plans en interaction : la participation, les compétences, la reconnaissance et la conscience critique. À l'instar du pouvoir d'agir des individus qui contribue à réaliser celui de la communauté, c'est-à-dire l'*empowerment* communautaire, l'*empowerment* des organisations en fait autant.

L'autonomie se construit donc en s'appuyant sur une capacité à développer son pouvoir d'agir et s'élargit progressivement, dans un contexte favorable où l'individu motivé et compétent peut s'épanouir au travail et devenir plus performant.

3-ENQUETE DE TERRAIN : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE ET ANALYSE

La question de départ de ce travail, dans un contexte de démarche réflexive, de mise à distance de l'expérience professionnelle, nous a amené à nous interroger sur le rôle du directeur des soins dans la conception et le management d'une permanence de l'encadrement contribuant à la promotion de l'autonomisation des agents.

Au travers du vécu de 16 professionnels de santé interviewés, des pistes de réflexions proposées pourront permettre si besoin, de reformuler le questionnement initial.

Par ailleurs, la confrontation avec l'approche conceptuelle apportera des éléments nécessaires à la validation ou l'invalidation des hypothèses formulées.

3.1 METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Mon choix s'est porté sur l'entretien de recherche qui est une méthode de collecte qui vise à recueillir des données (informations, ressentis, sentiments, récits, témoignages etc....), dans le but de les analyser.

L'entretien permet : « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences*²⁵La souplesse et la faible directivité du dispositif qui permet de récolter les témoignages et les interprétations des interlocuteurs en respectant leurs propres cadres de références : leur langage et leurs catégories mentales. »

Dans un souhait que l'interviewé et l'interviewer conservent une liberté de réflexion et d'expression, mon choix s'est porté sur l'entretien semi directif qui n'est ni entièrement ouvert, ni entièrement fermé, c'est un type d'entretien que l'on qualifie de partiellement structuré. Les questions n'ont pas toujours été posées dans l'ordre dans lequel elles étaient notées et sous leur formulation exacte. Il s'agissait pour moi de laisser l'interviewé s'exprimer ouvertement et, en fonction du déroulement de l'entretien, d'essayer parfois de recentrer les échanges sur les thèmes d'investigation et de poser des questions lorsque l'interviewé n'abordait pas spontanément certains sujets.

A/Choix de la population

Est appelée population un ensemble d'individu ou de personnes. Dans le cadre de cette recherche, il s'agit de l'ensemble des personnes interrogées. Il me paraissait pertinent d'interviewer des directeurs généraux, des directeurs des soins, des cadres de nuit et des agents dans des établissements ayant organisé la permanence de l'encadrement de nuit puis dans un second temps, une population identique (hormis les cadres de nuit) dans des établissements n'ayant pas opté pour ce type d'organisation. Mon souhait était de découvrir leurs représentations et/ou conceptions de l'influence d'une organisation managériale spécifique sur le processus d'autonomisation des agents.

B/ Présentation de la population

Il a été nécessaire d'identifier deux groupes afin de conserver une certaine cohérence dans l'investigation. Le groupe 1 concerne les établissements dotés d'un encadrement de nuit de proximité et le groupe 2 concerne les établissements sans encadrement de nuit. De façon symétrique, le même nombre de directeurs et de soignants (infirmiers) ont été interviewés. La différence étant marquée par le questionnement des cadres de nuit pour le groupe 1. Le total des entretiens réalisés s'élève donc à 16.

²⁵ QUIVY R. CAMPENHOUDT LV : *Manuel de recherche en sciences sociales (2^{ème} ed)* Paris, Dunod, 1995

Groupe 1 (3 établissements avec encadrement de nuit) :

- directeurs généraux
- directeurs des soins
- cadres de nuit
- soignants en horaires fixes de nuit

Groupe 2 (3 établissements sans encadrement de nuit)

- directeurs généraux
- directeurs des soins
- 2 soignants (1 en horaires fixes de nuit-1 en horaires variables matin-soir-nuit)

C/ Le terrain d'étude :

Les entretiens ont été réalisés dans 5 établissements hospitaliers publics et 1 Hôpital d'instruction des armées, à Paris ainsi qu'en région des hauts de France.

Les établissements choisis étaient d'importance variable en termes de capacité d'accueil (1 établissement à 500 lits et places-2 établissements à 700 lits et places-2 établissements à 900 lits et places) .La situation financière des 5 établissements est difficilement comparable puisque 3 d'entre eux font partie d'un même groupe hospitalier. On peut malgré tout s'appuyer sur le fait qu'aucun des 5 établissements n'est en plan de retour à l'équilibre, ce qui peut impacter la mise en œuvre d'organisations managériales telles que l'encadrement de nuit.

D / La construction de la grille d'entretien :

La construction des grilles a reposé sur la volonté d'investiguer les thématiques suivantes :

- L'impact global d'un encadrement de nuit (plus-value et moins value)
- L'influence de l'encadrement de nuit sur l'autonomisation des soignants
- Les facteurs impactant le processus d'autonomisation des soignants
- Les agents et l'évaluation de leur autonomie
- Les moyens pour promouvoir, favoriser l'autonomie

Le déroulement du questionnaire visait tout d'abord une approche par le prisme de l'encadrement de nuit du processus d'autonomisation, puis une généralisation de la réflexion afin d'identifier les déterminants du processus d'autonomisation des soignants dans les établissements hospitaliers. Le questionnaire concernant l'encadrement de nuit a été

abordé sous la forme conditionnelle pour les établissements sans ce dispositif, mettant ainsi les personnes interviewées en situation de projection.

3.2 ANALYSE DE CONTENU

CHOIX DE LA METHODE D'ANALYSE

Pour BERELSON²⁶ « *L'analyse de contenu est une mise en ordre, systématique, objective, descriptive, quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter* ». Cette définition positionne le discours comme un support.

Selon R. MUCCHIELLI²⁷, l'analyse de contenu permet « *par des méthodes sûres de rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens de ce qui est présenté, formuler et classer tout ce qui contient le discours* ».

Dans une démarche de recherche, s'appuyant sur les expériences et dans un contexte de nombre réduit d'entretiens, l'utilisation d'une méthode d'analyse dite qualitative paraît être la plus pertinente car celle-ci est en adéquation avec l'outil qu'est l'entretien et privilégie l'analyse de contenu : « *Toute recherche qualitative est en partie exploratoire; il n'existe pas de recherche entièrement vérificatoire, ce qui impliquerait que les instruments de collecte de données soient fermés, calibrés, que la logique à l'œuvre ait été clairement prévue, etc. Il y a toujours découverte de sens, de processus, de phénomènes dans une recherche qualitative, ce qui n'est pas le cas de certaines recherches hypothéticodéductives essentiellement tournées vers une preuve ou une confirmation*²⁸ »

La technique de l'**analyse catégorielle**²⁹ semble être appropriée. Elle repose sur une réorganisation en différentes étapes de ce qui est dit :

- La retranscription de l'entretien.
- Le repérage de thèmes considérés comme importants.
- Leur regroupement en catégories. GRAWITZ³⁰ définit les catégories comme « les rubriques significatives en fonction desquelles le contenu sera classé et quantifié ».
- L'éventuel dénombrement des éléments composants ces catégories en fonction de variables

²⁶ BERELSON cité par HENRY.P et MOSCOVICI .S –*Problème de l'analyse de contenu-Paris 1968*

²⁷ R. MUCCHIELLI « *l'analyse de contenu* » Paris ESF 1998

²⁸ P . PAILLE –*Recherche en soins infirmiers n° 50 septembre 1997*

²⁹ *Recherche en soins infirmiers n° 13 juin 1988*

³⁰ GRAWITZ-Méthodes des sciences sociales-Ed Dolloz Paris 10^{ème}-ed 1996

Analyse des données et résultats :

L'analyse se fera en trois temps ; tout d'abord l'analyse de la première série d'entretiens concernant les établissements porteurs d'un encadrement de nuit , puis l'analyse de la seconde série d'entretiens concernant les établissements non dotés d'un encadrement de nuit et enfin, une synthèse de l'ensemble des données nous permettra de faire la lumière sur les liens, les oppositions ,les distorsions entre ces deux phases, ces deux populations.

A/ 1^{ERE} SERIE D'ENTRETIENS :

Thématique : Intérêt-plus value d'un encadrement de nuit Recueil des éléments

DG-DS	Cadre de nuit	Agent
<ul style="list-style-type: none">- sécurise les pratiques-accompagne les agents, évite l'isolement- fluidifie les parcours- fonction contrôle- facilite la prise de décision du directeur de garde en apportant une vision plus objective des situations- apporte un éclairage aux agents sur les informations, les projets, les consignes- intervention rapide et appropriée sur les multiples situationsproblématiques- gestion anticipée de l'absentéisme- évaluation des agents en horaires fixes de nuit- sécurisation de la jonction jour/nuit, évite les ruptures d'information- participe au bon fonctionnement des urgences(veille à la qualité de l'accueil, régulation des flux)	<ul style="list-style-type: none">- présence rassurante- période propice au sentiment d'isolement donc accompagnement bénéfique par une présence régulière- débloque les situations d'absentéisme- explique certaines informations parfois difficiles à comprendre (au sens de l'injonction paradoxale)- aide à la meilleure collaboration soignant/ médecins de garde- veille à l'application des procéduresévalue les pratiques, les agents de nuit en horaires fixes- informe les cadres des services des dysfonctionnements- gestion des flux aux urgences-gestion des conflits avec les médecins de garde	<ul style="list-style-type: none">- accompagnement- gestion rapide de l'absentéisme- déblocage des situationsproblématiques : manque de matériel, de médicaments- gestions des tensions avec les patients, les familles, les médecins, les autres services- représentant de la direction, interlocuteur privilégié pour obtenir des renseignements, des explications- facilite le signalement des dysfonctionnements- peut témoigner de la charge de travail- observe les difficultés

Analyse :

Les membres de l'équipe de direction identifient des bénéfices liés à la notion de continuité « *le cadre de nuit est avant tout présent pour favoriser les liens, la communication entre les acteurs et éviter ainsi les ruptures dans les parcours des personnes soignées* » et de sécurisation « *la bonne application des protocoles, la vérification de la qualité des transmissions, des techniques de soins sont ponctuellement du ressort du cadre de nuit qui par sa présence contribue à sécuriser les pratiques mais aussi les prises en soins globales* ». L'impact sur la décision du directeur de garde semble également être un axe prioritaire de l'intérêt de l'encadrement de nuit qui apporte un regard de proximité : « *lorsque je suis directeur de garde, je me réfère très souvent à l'analyse de la situation du cadre de nuit qui connaît les acteurs, les enjeux immédiats et surtout les pratiques habituelles face aux différents types de situation. Je ne vais pas systématiquement suivre son avis puisque j'ai un regard plus institutionnel et stratégique mais nos analyses se complètent* ». L'intérêt sur le plan de la communication est souligné également « *nous avons des agents en horaires fixes de nuit et il est indispensable de s'assurer que les informations passent bien. Qu'elles soient ascendantes ou descendantes d'ailleurs. Le cadre de nuit a un rôle important de relais et de traduction de l'information. Il apporte un éclairage aux agents sur les projets, il donne du sens aux changements, aux réorganisations. Il joue aussi un rôle de baromètre et ses analyses sont précieuses, notamment pour ce qui concerne l'ambiance de travail, les organisations des soins mais aussi les problèmes de continuité des prises en charge* »

On observe donc 4 intérêts majeurs du point de vue des directeurs :

- la continuité
- la sécurité
- la communication
- la subsidiarité

On constate également que l'impact sur l'autonomie ou le processus d'autonomisation des agents n'est pas abordé.

L'encadrement de nuit, directement concerné par le questionnement, se situe quant à lui dans une dimension plus managériale et également plus pragmatique de la lecture de l'intérêt de sa présence. En effet, la qualité de vie au travail apparaît en filigrane lors des entretiens réalisés « *la nuit est propice au sentiment d'isolement puisque les effectifs sont restreints et puis, il ne faut pas oublier qu'elle peut revêtir pour certains un caractère anxiogène...une présence rassurante me semble nécessaire, ne serait-ce que pour ne pas se sentir isolé. On représente l'institution qui veille notamment sur les bonnes conditions de travail de ses agents mais aussi sur la bonne qualité des prestations fournies. C'est un tout.* » La communication est également identifiée mais plus particulièrement dans une

posture pédagogique du cadre de nuit « *je dois régulièrement faire face aux questionnements des agents qui pointent ce qu'ils jugent comme des incohérences ou des injonctions paradoxales ; notamment la charge administrative, la traçabilité et je dois retravailler les sujets avec eux, détricoter et donner du sens pour que tout le monde s'y retrouve ou au minimum comprenne l'intérêt, la logique des choses* ». Le cadre de nuit s'identifie plutôt à un facilitateur mais aussi à un évaluateur des pratiques, des comportements « *un de mes rôles principaux est de fluidifier, de faciliter les rapports entre les acteurs mais aussi les parcours des personnes soignées. La collaboration entre les médecins et les soignants nécessite parfois que je tienne un rôle de médiateur ou même parfois d'arbitre .Si la situation nécessite l'arbitrage du directeur de garde, je le contacte et lui présente la situation...la gestion des hospitalisations via les urgences nécessite un travail d'harmonisation, de régulation et ma présence permet parfois d'améliorer les orientations ou de débloquer des lits réservés* »

« *Je vois les agents travailler, être en contact avec le patient donc j'observe les comportements, les organisations du travail.....je suis sollicitée pour apporter une solution aux situations d'absentéisme, j'évalue la charge de travail, les ressources disponibles et je prends une décision de maintien de l'effectif ou de redéploiement ou de rappel d'un agent* »

Le cadre de nuit perçoit donc la plus value de sa présence au travers de 4 axes ou rôles

- accompagner
- donner du sens
- faciliter-fluidifier
- évaluer

L'autonomie ou le processus d'autonomisation ne sont pas abordés spontanément.

Les agents visualisent la plus-value de la présence de l'encadrement au travers de ses fonctions d'accompagnement, de relais et de témoin, de représentant de la direction mais aussi de personne ressource.

« *La cadre de nuit, elle peut observer notre charge de travail et transmettre à notre cadre qu'on a de plus en plus de cas lourds...elle voit bien que nous ajouter des commandes de pharmacie ou du rangement ce n'est pas correct parce qu'on ne se tourne pas les pouces.On peut lui dire ce qu'on a sur le cœur quand on a des difficultés, elle sait nous écouter...quand on est en difficulté pour une situation avec une famille ou un problème de matériel qui manque ou de médicaments, elle peut débloquer la chose...à force elle nous connaît, elle sait comment on travaille* »

Le regard sur la plus-value de l'encadrement est à pondérer par l'identification des inconvénients.

Moins value, inconvénient d'un encadrement de nuit

Recueil des éléments

Directeur général-directeur des soins	Cadre de nuit	Agent
<ul style="list-style-type: none">- Coût (2,5 etp pour 1 ligne de garde)- cadre de nuit est un personnel isolé, il ne faut pas que cela dure des années, risque d'être « déconnecté »- impacte l'effectif des cadres mobilisables pour les unités- cadres de nuit peuvent avoir tendance à chercher une forme d'indépendance- difficultés de participation aux projets, réunions en raison du rythme de travail (alternance nuit/ jour difficile à demander)- difficulté d'évaluation des cadres de nuit	<ul style="list-style-type: none">-déréresponsabilisation des agents pour certaines situations- manque d'anticipation des équipes la journée car possibilité de s'appuyer sur le cadre de nuit	<ul style="list-style-type: none">- la nuit c'est aussi la recherche de moins de hiérarchie donc la présence du cadre ne doit pas être permanente

Analyse

L'équipe de direction observe notamment l'impact économique de l'organisation ainsi que la dimension de ressources humaines dans son aspect GPEMC .Les difficultés envisagées de management des cadres de nuit constituent un axe de la réflexion et la crainte de voir des cadres se mettre en marge des organisations est verbalisée « *un des risques pour l'encadrement de nuit, c'est qu'ils se marginalisent .Je ne suis pas favorable à des carrières longues de cadre de nuit.Il y a un risque évident de déconnexion .Pour autant ce poste est stratégique et nécessite de l'expérience, c'est tout le dilemme....* »

L'encadrement de nuit aborde le phénomène de déresponsabilisation qui serait d'ordre réflexe « *les agents sont convaincus que nous sommes là et seront là pour gérer les problèmes donc ils n'anticipent pas.....les situations à 18 h sont parfois signalées à 22h et le retard n'est jamais comblé..* »

Les agents quant à eux mettent en exergue l'aspect pesant de la présence hiérarchique sur une période de travail devant permettre une plus grande liberté à ce niveau. « *De nuit ce n'est pas évident de se faire au rythme mais j'ai du plaisir à travailler avec ma collègue, on s'organise comme on veut. Voir moins de chefs ça fait du bien, c'est plus léger comme ambiance donc l'encadrement de nuit ça va un peu à l'encontre de ce que je recherche mais ça se passe bien, elle n'est pas souvent là, le plus souvent c'est à notre demande* »

La notion de déresponsabilisation ayant été abordée, l'analyse de l'influence de l'encadrement de nuit sur l'autonomisation va permettre de réaliser un focus sur cette thématique et d'observer les réflexions des interviewés lorsqu'ils sont orientés vers ce sujet qui n'est pas ou très peu spontanément abordé

Influence de l'encadrement de nuit sur l'autonomisation des soignants

Recueil des éléments

Directeur général-directeur des soins	Cadre de nuit	Agent
<ul style="list-style-type: none"> - l'autonomie =l'indépendance (dg) - la période de nuit n'est pas spécifique par rapport à cette thématique - le mode managérial du cadre de nuit influence la latitude décisionnelle des soignants mais c'est aussi et surtout le management de l'équipe d'encadrement qui se répercute sur la façon de manager des cadres de nuit - principe réflexe de déresponsabilisation pour certaines décisions lorsque la hiérarchie est physiquement présente 	<ul style="list-style-type: none"> - mode managérial - nécessité d'une cohésion de l'équipe d'encadrement et d'une harmonisation des pratiques - l'autonomisation peut être freinée ou valorisée en fonction des attitudes, des attentes des cadres - un management trop centré sur le contrôle, la traçabilité, l'information permanente a tendance à déresponsabiliser - la non valorisation des bonnes décisions prises freine l'autonomisation 	<ul style="list-style-type: none"> - cadre dépendant plus qu'organisation dépendant - différence entre rendre compte et rendre des comptes -difficulté de visualiser les espaces d'autonomie possibles.l'autonomie est plutôt abordée dans les domaines de l'organisation (planning, gestion des entrées, organisation du poste de travail/charge en soins).

Les directeurs ne positionnent pas d'emblée l'autonomisation des soignants comme un objectif à atteindre. Leur représentation de l'autonomie confère en fait à la notion d'indépendance et pourrait expliquer une forme de réticence, de crainte. Un DG évoque même la notion d'anarchie à éviter « *je n'ai pas spécialement d'intérêt à diriger une structure où les soignants seraient totalement autonomes, la question du contrôle doit quand même rester présente. Il ne s'agirait pas de glisser vers une forme d'anarchie* »

Si le principe de déresponsabilisation réflexe en présence de la hiérarchie est abordé, il n'en demeure pas moins que le management de l'encadrement de nuit semble être un axe majeur de la réflexion « *on sait bien que plus le cadre est présent, plus les agents ont*

tendance à le solliciter et souvent pour des choses qu'ils pourraient faire eux-mêmes ou pour obtenir des réponses qu'ils ont déjà , mais ça c'est un peu un moyen de se sécuriser voire de se déresponsabiliser, de sortir son parapluie comme on dit, après certains cadres sont trop dans le contrôle ou font à la place de et ont le retour du bâton , ils ont nourri la déresponsabilisation...je suis directement référente de l'équipe d'encadrement de nuit car je considère que son activité est transversale et qu'en tant que directrice des soins, je dois impulser à cette équipe une dynamique managériale qui a une vision institutionnelle.si je porte une volonté d'autonomisation, au-delà du cadre qui aura à titre personnel un impact par son management et sa personnalité, c'est la ligne managériale d'ensemble qui influence l'autonomisation »

Les agents éprouvent des difficultés à visualiser les espaces d'autonomie possibles. L'autonomie est plutôt abordée dans les domaines de l'organisation (planning, gestion des entrées, organisation du poste de travail/charge en soins). Ils voient plutôt un processus « cadre dépendant » qu'« institution dépendant » et ne prennent pas en considération la ligne managériale impulsée par la direction. Il semble alors pertinent d'analyser les déterminants du processus d'autonomisation.

Les facteurs impactant le processus d'autonomisation des soignants **Recueil des éléments**

Directeur général-directeur des soins	Cadre de nuit	Soignant
Culture métier : statut d'auxiliaire médical -différence entre infirmier/ as et les métiers de la rééducation Facteurs personnels : propres à chacun, à la capacité de s'affirmer, de prendre des initiatives Facteurs managériaux : le projet managérial, la volonté de devenir une organisation apprenante Facteurs sociétaux : l'aspect générationnel et la valeur du travail, la judiciarisation du système de santé freine la prise d'initiative individuelle Facteurs institutionnels : la politique managériale qui doit porter des principes de responsabilisation, de valorisation, de confiance -La culture de la déclaration de l'erreur et la politique de non-sanction	- Facteurs personnels :La capacité de chacun à devenir autonome est différente - Facteurs managériaux : plus d'efficacité lorsqu'on en fait un projet d'équipe	-La formation -La peur de l'erreur -Le turn over important -Le manque d'expérience

Analyse :

Le processus d'autonomisation semble être lié à 5 facteurs majeurs qui sont abordés différemment en fonction des catégories interrogées. Les soignants observent les déterminants au travers des conditions de travail et de l'expérience des professionnels alors que les membres de la direction proposent un regard plus d'ordre macro, abordant notamment une dimension sociétale.

La richesse des éléments obtenus nécessite la réalisation d'un focus sur ces 5 facteurs :

La culture métier

Elle est un déterminant de l'autonomisation car intégrée par des groupes qui ne s'autorisent pas à rechercher l'autonomie. Cette culture métier est abordée par une directrice des soins. *« Je suis directrice des soins issue de la filière kinésithérapeute et je peux affirmer que la culture métier est parfois freinatrice. Les infirmiers par exemple sont un peu figés dans un rôle propre trop étreint mais aussi dans une culture du fonctionnement sur prescription qui réduit parfois la visibilité de leur autonomie. »* Une culture de la décision qui est peu développée impacte également le processus d'autonomisation *« la réflexion bénéfices-risques n'est pas assez étendue aux soignants qui ne sont pas assez dans la culture de la décision. Les protocoles sont responsabilisants et doivent permettre cette progression »*

Facteurs personnels

Il s'agit de la capacité à intégrer des données, à se les approprier, à prendre des décisions, ce qui nécessite une certaine assertivité et dépend du parcours personnel, de la construction de la personne et de la personnalité, du rapport à la responsabilité, des antécédents notamment par rapport à des prises de décisions.

« La recherche de l'autonomie professionnelle est propre à la personne et certains n'en éprouvent pas le besoin ou n'ont pas conscience de la plus-value de s'autonomiser. Chaque personne est influencée par son parcours, les endroits où il exerce, son rapport avec ses collègues, la dynamique de l'équipe et l'esprit qui règne sur le plan managérial, sur le plan de la place laissée par les médecins à la réflexion des soignants »

Un agent aborde ce rapport au vécu professionnel *« lorsque dans ta carrière, on t'a reproché de prendre une initiative ou que tu as vu qu'on le reprochait à un collègue, tu fais deux pas en arrière et tu deviens plus passif. Avec la charge de travail et la fatigue, on a parfois peur de faire des erreurs donc on a tendance à se mettre en sécurité en demandant l'avis du médecin et parfois du cadre ou des collègues »*

Facteurs managériaux

Le management peut être responsabilisant, il peut favoriser le processus d'autonomisation comme l'affirme les cadres de nuit *« notre posture est essentielle, la façon de manager donne le tempo .Lorsque je demande aux agents comment ils comptent s'y prendre face à une situation, j'écoute et je prends leurs propositions sans imposer les miennes. je ne valide pas tout mais j'accepte que la façon de pratiquer soit différente de la mienne à partir du moment où le bon sens est présent et que les aspects sécurité et continuité des soins sont respectés »*

« Le management participatif permet aux acteurs de trouver un plus grand espace d'expression, c'est un peu compliqué la nuit puisque je ne suis pas le cadre d'une unité et que je ne peux impulser de dynamique globale mais ponctuellement je peux valoriser la capacité des agents à être autonomes. C'est à dire que je leur pointe les situations où ils ont pris des bonnes décisions .Régulièrement, ils n'ont pas conscience d'avoir fait des choix »

Il y aurait donc ici une piste de réflexion sur l'aspect de la conscientisation de la décision, de l'autonomie qui serait un facteur de valorisation, de reconnaissance et probablement de progression.

Les Facteurs institutionnels

Les politiques institutionnelles impactent le processus d'autonomisation des agents .la culture de la déclaration de l'erreur semble être un exemple parlant pour un directeur des soins *« depuis que nous avons adopté une politique de non sanction associée à la déclaration de l'erreur, j'ai remarqué que les équipes avaient gagné en autonomie et s'emparaient de sujet en lien avec les organisations, les pratiques, les techniques, les collaborations. Pour moi, la responsabilisation est corrélée à l'autonomie »*

Les facteurs sociétaux

Deux éléments sont repris par les directeurs : la judiciarisation de la société qui freine les agents et l'approche générationnelle, notamment dans son rapport au travail où la notion de place du travail dans l'existence impacterait le désir d'autonomie.

« Il faut dire qu'aujourd'hui pour les soignants, prendre des initiatives nécessite de très bien connaître son champ d'action en lien avec son métier et aussi de ne pas être obnubilé par le risque de plainte, de devoir rendre des comptes.. »

« La place du travail pour les jeunes générations a probablement changé. S'autonomiser, progresser, c'est s'investir, c'est s'impliquer et les jeunes voient cela comme un service rendu au système, à l'institution et ne perçoivent pas toujours que c'est à eux-mêmes qu'ils rendent service en étant plus performants et donc plus heureux au travail »

Le facteur formation

Il s'agit d'un facteur qui touche la personne et son cursus de formation mais aussi de façon plus globale, les dispositifs pédagogiques et leur philosophie, leur projet.

Un soignant aborde cette dimension plus personnelle « *les IFSI n'apprennent peut-être pas assez aux étudiants à se débrouiller, à prendre des initiatives. il faut trop de temps aux jeunes diplômés pour être opérationnels et on ne nous donne pas la possibilité de les doubler assez longtemps donc quand ils sont lâchés seuls, c'est la panique et ils sont un peu bloqués* »

Les directeurs des soins s'interrogent quant à eux sur l'impact des projets pédagogiques et des référentiels de formation « *un IFSI peut porter dans son projet, une volonté de permettre à l'étudiant de devenir un professionnel capable de s'autonomiser, c'est un processus, une dynamique à instaurer dès le départ... les référentiels devraient permettre de travailler cette capacité à s'autonomiser mais je ne suis pas experte en pédagogie* »

Les agents et l'évaluation de leur autonomie

Recueil des éléments

Agents
Manque d'autonomie dans la gestion des plannings de travail Manque d'autonomie dans l'organisation du travail/ dépendance de l'activité médicale entraînant des difficultés de synchronisation des temps

Analyse

Les agents entendent l'autonomie dans une dimension organisationnelle et n'abordent pas la dimension clinique c'est-à-dire celle des choix dans la prise en soins ; ce qui pourrait consolider l'idée d'une culture métier fortement prégnante. « *Je pense qu'on pourrait être responsables de nos plannings et que le cadre ait un rôle de contrôle et de validation. La journée, on pourrait être plus consulté pour l'organisation des tours médicaux. Comment parler d'autonomie quand on est à ce point dépendant du rythme de travail des autres ?* »

**Les moyens pour promouvoir /favoriser l'autonomie
Recueil des éléments**

Directeur général-directeur des soins	Cadre de nuit	Agent
Le projet managérial La valorisation lors des entretiens professionnels d'évaluation L'accompagnement des jeunes arrivants par un dispositif de tutorat	L'évaluation annuelle pour valoriser la progression Accompagner les décisions, laisser mûrir la réflexion	Laisser les moins expérimentés prendre des décisions Favoriser les protocoles

Analyse

L'évaluation annuelle est considérée comme un moyen de promouvoir l'autonomie au sens de la valorisation que celle-ci permet. Plus particulièrement dans son aspect de mesure d'une évolution, d'une progression cependant, la notion d'indicateurs n'est pas retrouvée et pose la question de la méthode pour évaluer l'autonomie. L'accompagnement des moins expérimentés est un levier partagé par les différentes catégories. *« Il est nécessaire de permettre aux arrivants de prendre leur envol mais il ne faut pas les laisser sauter sans filet sinon vous créez des blocages difficiles à lever après »* affirme un infirmier.

L'étude de la deuxième série d'entretiens doit permettre d'analyser le regard des professionnels ne bénéficiant pas d'un encadrement de nuit dans leur établissement

B/ 2 EME SERIE D'ENTRETIENS

Intérêt-plus value d'un encadrement de nuit

Recueil des données

Directeur général-directeur des soins	Agent
- proximité des équipes - moins de sollicitation du directeur de garde - une réponse parfois plus précise aux problématiques des unités de soins - une fonction contrôle sur les pratiques soignantes - gestion des flux, de l'occupation des lits	- Gestion de l'absentéisme - Eviter des conflits avec des médecins de garde ou d'astreinte (prescriptions téléphoniques, non déplacement) - Un lien avec le cadre de l'unité pour aborder les difficultés, les dysfonctionnements (retards de prise en charge entraînant des transfusions tardives par exemple)

Analyse :

Les aspects de contrôle, de fluidification, de subsidiarité et d'accompagnement sont retrouvés pour ce qui concerne les directeurs alors que les agents évoquent plutôt la plus – value au travers de la gestion des situations problématiques « *parfois, je préférerais qu'un cadre puisse intervenir quand j'ai des prescriptions orales ou quand j'ai une entrée des urgences qui ne relève pas de notre service alors qu'il y a de la place ailleurs* ».

Moins value d'un encadrement de nuit

Recueil des données

Directeur général-directeur des soins	Agent
<ul style="list-style-type: none">- le coût estimé à environ 130 Ke/an- difficulté de recruter des cadres sur une mission peu attractive- risque d'aggraver le contexte de pénurie de cadres de jour- déresponsabilisation des directeurs de garde ou mise à distance des problématiques de terrain- une direction qui perd en visibilité/communauté soignante	<ul style="list-style-type: none">- négatif si management trop axé sur le contrôle- une présence hiérarchique parfois pesante- complexité à se projeter dans une situation jamais vécue par l'agent, difficulté d'envisager la moins value

Analyse

L'exercice de projection semble complexe pour les agents même si la crainte d'un management axé sur le contrôle est prédominante. Les directeurs abordent le coût du dispositif ainsi qu'une notion de management des ressources d'encadrement. L'impact sur les compétences des directeurs ainsi que leur image dans l'établissement est également pris en considération.

Influence de l'encadrement de nuit sur l'autonomisation des soignants

Recueil des éléments

Directeur général-directeur des soins	Agent
<ul style="list-style-type: none">- la période de nuit n'est pas spécifique par rapport à cette thématique- dépend du projet managérial, de la ligne déterminée par la direction, de la fiche de poste du cadre de nuit et de son profil- un cadre inexpérimenté a tendance à être plus dans le contrôle- l'encadrement de proximité a un impact sur l'autonomisation et doit permettre aux soignants de progresser, de prendre des décisions et doit valoriser la progression- il n'est pas évident qu'un cadre de nuit pour un établissement puisse avoir une telle influence , il s'agit plus d'un symbole de présence hiérarchique .- il faudrait demander aux agents ce qu'ils attendent d'un encadrement de nuit et adapter les missions aux besoins	<ul style="list-style-type: none">- l'organisation actuelle avec un système d'astreinte est un bon compromis, un cadre présent ne serait pas utile très souvent selon les agents- les jeunes professionnels progressent lorsqu'ils sont confrontés aux situations, le recours systématique au cadre de nuit pourrait freiner la progression

Analyse

La spécificité de la période de nuit n'est pas reconnue par les directeurs dans son rapport à l'autonomisation des soignants. La politique managériale est le principal support de cette dynamique. La notion d'attentes des agents est abordée et pourrait laisser imaginer une forme d'implication dans l'élaboration d'une fiche de poste dans l'éventualité de la mise en œuvre d'un encadrement de nuit.

« Si je devais mettre en place une équipe d'encadrement de nuit, j'imagine construire ce projet en partie autour de la demande des agents, de l'analyse de leurs besoins et cela viendrait se coupler avec les attentes de la direction des soins et les miennes »

Les facteurs impactant le processus d'autonomisation des soignants

Recueil des éléments

Directeur général-directeur des soins	Soignant
<p>Facteurs personnels : l'agent est porteur d'un potentiel qui détermine pour partie le processus d'autonomisation</p> <p>Facteurs managériaux : le projet managérial doit porter cette dynamique , la complexité est dans la déclinaison en actions de management sur le terrain,</p> <p>Facteurs sociétaux : la recherche de la QVT va dans ce sens de la responsabilisation qui est un vecteur de bien être au travail et de performance, il y a un courant sociétal favorable</p> <p>Facteurs institutionnels : la formation initiale et la formation continue doivent être plus liées, la simulation est un outil qui favorise l'autonomisation</p>	<p>-La polyvalence demandée sur plusieurs services impacte la capacité à être autonome sur un service (positivement pour l'adaptabilité, négativement par le manque de repères, d'expertise)</p> <p>- la formation initiale est essentielle</p> <p>- l'absence de valorisation est un frein.</p> <p>- le manque de lecture des transmissions soignantes par le monde médical n'encourage pas la prise d'initiatives car elles ne sont pas valorisées</p>

Analyse

Les mêmes facteurs identifiés lors de la première série d'entretiens sont retrouvés. la difficulté de la déclinaison du projet managérial est une préoccupation d'une directrice des soins « *on porte un projet managérial qui prône la responsabilisation, la confiance mais la façon dont on va mettre en œuvre auprès des agents nécessite une approche managériale qui s'approche de la pédagogie et nécessite une certaine expertise* »

Les agents sont en quête d'une certaine reconnaissance qui est considérée comme un moteur de l'autonomisation, dans un équivalent de cercle vertueux où la valorisation de la prise d'initiatives alimente un processus d'autonomisation. Le sujet de la valorisation des écrits des soignants concerne la collaboration avec les médecins et touche probablement un besoin de reconnaissance par la hiérarchie fonctionnelle

« *Lorsque nous faisons des transmissions de qualité et que l'on se rend compte que les médecins ne les lisent pas et que par conséquent, nos décisions prises ne sont pas*

considérées, il y a un impact sur la prise en charge mais aussi un impact sur les initiatives suivantes ; il pourrait se confronter y avoir des hésitations »

Les agents et l'évaluation de leur autonomie

Recueil des données

Agents
<p>L'absence de cadre de nuit entraîne une prise de responsabilité par rapport à la gestion de l'absentéisme (rappel des collègues) mais aussi les situations de régulation des entrées des urgences, les décisions à prendre avec les internes qui s'appuient sur l'expérience des soignants.</p> <p>Manque d'autonomie dans la gestion des plannings de travail</p> <p>Manque d'autonomie dans les services avec médecin sur place mais un avantage réel en termes de sécurité</p>

Analyse

L'autonomie est observée notamment au regard de l'absence de cadre de nuit qui par nécessité engendre la prise de responsabilités.

Les moyens pour promouvoir, favoriser l'autonomie

Directeur général-directeur des soins	Agent
<p>Le projet managérial</p> <p>La ligne managériale du directeur des soins</p> <p>La collaboration entre le personnel médical et paramédical</p> <p>L'émergence des coopérations professionnelles, des pratiques avancées</p> <p>La formation : pratiques simulées</p> <p>Le tutorat des nouveaux arrivants</p> <p>Les systèmes de référents sont responsabilisants</p> <p>L'accompagnement du management de proximité</p> <p>La dynamique impulsée par l'encadrement supérieur</p>	<p>Laisser l'équipe proposer un planning de travail équilibré</p> <p>Permettre l'accompagnement des moins expérimentés par les plus expérimentés</p> <p>La formation</p> <p>La stabilisation des équipes, des effectifs</p>

Analyse

Les directeurs considèrent que le management est porteur d'autonomisation si le projet managérial comporte ce souhait. Des outils et méthodes sont citées (simulation, référents etc..) .Ces outils viennent au service d'une stratégie et ne sont pas une finalité. Les coopérations professionnelles et pratiques avancées apportent la notion d'élargissement du contour des missions et parallèlement de l'autonomie. Les agents font un lien intéressant entre autonomie et turn over des équipes et posent la question de la stabilité des effectifs et des compétences. L'autonomisation est selon eux freinée par le manque de repères stables.

C/ SYNTHÈSE DES ANALYSES ET VALIDATION DES HYPOTHESES

Le regard sur l'autonomie et le processus d'autonomisation est globalement peu spontané en milieu hospitalier si l'on se réfère à la population interrogée qui, si elle n'est pas représentative, justifie par sa diversité et sa richesse, toute notre considération pour ses réflexions et apports dans l'enquête réalisée. Les directeurs ont une vision plus stratégique du concept même si parfois ils le traitent sous l'angle de l'indépendance avec une volonté sous-jacente d'éviter la perte de contrôle. **Ils intègrent au projet managérial cette dynamique et ne reconnaissent pas de spécificité à la période nocturne dans ce domaine.** Si le phénomène de déresponsabilisation lié à la présence hiérarchique est abordé, il semble que la posture managériale du cadre de proximité soit un déterminant plus influent de cette mise en retrait de l'agent. L'approche économique de la situation est couplée à une préoccupation de gestion des ressources humaines dans un contexte contraint mais également de difficulté à recruter des cadres de santé. L'encadrement de nuit est perçu comme un investissement par les établissements qui l'ont instauré et plutôt comme une dépense pour ceux qui ne l'ont pas fait.

Avec un impact sur les domaines tels que la continuité, la sécurité, le contrôle, la fluidification, l'accompagnement et la subsidiarité : l'encadrement de nuit a un rôle essentiel et celui-ci doit pouvoir s'adapter aux attentes des soignants, mais des alternatives organisationnelles associées à une plus grande autonomie des soignants existent et ne semblent pas mettre en insécurité les équipes et les organisations.

Le management de proximité observe le processus d'autonomisation au travers de son mode managérial. Il s'agit de permettre à l'autre de grandir, de prendre des responsabilités et de valoriser celles-ci. La méthode pour promouvoir l'autonomisation est décrite de façon succincte et semble s'appuyer sur une volonté de laisser les soignants trouver des solutions avant d'en proposer, de valoriser les initiatives prises, notamment au

travers de l'entretien d'évaluation.les indicateurs d'évaluation de l'autonomie ne sont pas retrouvés.

Les agents ont une demande assez faible sur le plan de leur autonomisation puisqu'elle est centrée sur la gestion du planning et l'organisation de leur travail, plus particulièrement dans la collaboration avec les médecins (synchronisation des temps).l'aspect de la valorisation, de la reconnaissance des actions et initiatives prises est un moteur pour le processus d'autonomisation. Les médecins ont un rôle essentiel dans cette reconnaissance au travers de la prise en compte des transmissions réalisées par les soignants.Les situations actuelles de turn-over dans les effectifs et de difficulté à assurer un tutorat efficace des nouveaux arrivants sont des éléments freinateurs du processus.

L'approche clinique est restée à la marge car évoquée uniquement au travers des protocoles de soins par les agents, ce qui tendrait à renforcer l'idée qu'il n'y a pas de réelle demande à ce niveau, probablement en lien avec la culture métier d'auxiliaire médical.

Le recueil et l'analyse des données couplés à l'approche conceptuelle permet de nous positionner pour valider ou invalider les trois hypothèses formulées en début de travail.

- Hypothèse n°1 : L'organisation de l'activité continue de l'encadrement impacte l'autonomie des soignants

Cette hypothèse est validée même si l'impact est assez indirect. L'organisation est plus impactante que l'encadrement lui-même car elle témoigne d'une dynamique institutionnelle mise en exergue généralement par un projet managérial qui est un véritable levier. La présence continue de l'encadrement peut engendrer une forme de déresponsabilisation réflexe, ce qui vient étayer la validation de l'hypothèse.

- Hypothèse n°2 : Le DS, au travers de son management de l'encadrement peut contribuer à promouvoir, à maintenir ou restaurer l'autonomie des soignants

Cette hypothèse est validée puisque la notion de projet managérial, de management de l'encadrement apparaît fréquemment. Même si les agents ne visualisent pas cette dimension, ce qui semble normal au regard de leur positionnement dans l'activité de l'institution. L'aspect de la valorisation, de la culture de la déclaration, de la politique de non sanction sont des éléments pour lesquels le directeur des soins est influent .Son management de l'encadrement donne une ligne managériale, des principes et la responsabilisation des acteurs peut en être un pilier.

- Hypothèse n°3 :L'élaboration des contours des missions de la permanence de l'encadrement doit faire l'objet d'un partenariat avec les acteurs qui sont concernés (agents-cadres-direction)

Cette hypothèse est partiellement validée. La notion d'obligation est trop forte car la démarche de co-construction des missions n'est pas une nécessité mais plutôt une plus-value. Le manque de vision institutionnelle des agents est un frein relatif à cette co-construction qui ne pourrait être que partielle. La vision du cadre de permanence par les soignants comme personne ressource en cas de dysfonctionnement et médiateur en cas de conflit met en évidence cette vision parcellaire de la fonction. Pour autant, une écoute des besoins semble nécessaire et pourrait éviter dans la négociation, l'attitude de déresponsabilisation réflexe évoquée dans ce travail.

La question de départ qui était :

« **Comment le directeur des soins peut-il concevoir et manager une permanence de l'encadrement contribuant à la promotion de l'autonomisation des agents ?** » est à préciser car il s'avère que la thématique de la permanence de l'encadrement impacte relativement peu la réflexion et que l'autonomisation est à envisager comme un processus. Nous pourrions alors proposer la question suivante :

« **Comment le directeur des soins peut-il promouvoir le processus d'autonomisation des soignants ?** »

L'élaboration des préconisations apportera des éléments stratégiques, structurels organisationnels et opérationnels qui tenteront de répondre à cette question

4- PRECONISATIONS :

Etablir des préconisations est ici un exercice particulièrement complexe, tant il nécessite une capacité à se projeter sans avoir connaissance des ressources disponibles (moyens humains et compétences, moyens matériels), du contexte dans lequel ces préconisations seront à mettre en œuvre. La culture de l'établissement ou de l'institution, son histoire, la psychodynamique des équipes, les spécificités de l'activité sont à prendre en considération pour établir des préconisations plus fines, plus adaptées et donc plus réalistes, plus réalisables. La prise en compte de l'existant est essentielle. Il ne s'agit pas ici de faire abstraction du passé mais au contraire, de s'appuyer sur les forces en présence, de

comprendre les raisons qui ont mené au succès ou à l'échec des projets ; d'identifier ce qui a été pérennisé, ce qui ne l'a pas été et d'en analyser les causes.

Les évaluations, les normes ou les certifications successives permettent de repérer les axes d'amélioration et les priorités pour atteindre les niveaux de conformité exigés. Pour autant, elles ne sont qu'un complément, un faisceau d'informations et d'indicateurs qui vient au service d'une compétence managériale qui doit donner du sens, fédérer, impliquer, motiver, évaluer et valoriser. Cette compétence managériale est portée par de nombreux acteurs dans un établissement de santé .Elle nécessite une coordination incarnée par la direction et notamment la direction des soins. L'élaboration de préconisations doit tenir compte de tous ces éléments et comme nous n'en disposons pas, elles resteront relativement décontextualisées.

Certains leviers de la mise en œuvre des préconisations proposées seront juridiques, structurels ou conjoncturels et dépendront d'un niveau macro pour lequel le directeur des soins à titre individuel ne pourra influencer. Certaines préconisations pourraient donc paraître relever de l'utopie mais elles sont porteuses de sens et accompagnent d'autres préconisations plus pragmatiques pour tenter de constituer une approche systémique de la problématique traitée. Teintées de nos valeurs et de notre engagement professionnel, elles seront parfois critiques de l'existant mais dans un esprit constructif qui cherche à questionner, à remettre en question et à débattre.

Ces préconisations s'articulent selon deux axes qui visent à structurer un cadre de travail favorisant le processus d'autonomisation :

- **Une évolution structurelle visant à transformer l'hôpital en organisation apprenante**
- **la mise en œuvre d'un projet managérial autonomisant**

4 .1 PENSER L'HOPITAL COMME UNE ORGANISATION APPRENANTE :

Avant de préconiser des stratégies et actions pour atteindre l'objectif envisagé, il semble nécessaire de nous accorder sur la notion d'organisation apprenante.

Peter Senge définit les organisations apprenantes comme « *des organisations où les gens développent sans cesse leur capacité à produire les résultats qu'ils souhaitent, où des*

*façons de penser nouvelles et expansives sont favorisées, où l'aspiration collective est libérée et où les gens apprennent continuellement à apprendre ensemble ».*³¹

Une organisation apprenante est dès lors une organisation qui tente de développer ses ressources humaines à leur plein potentiel et qui fait appel à l'apprentissage pour améliorer ses résultats. On peut diviser le processus d'apprentissage proprement dit en quatre niveaux.

Le premier niveau est axé sur l'apprentissage de faits, de connaissances, de processus et de procédures. Ce niveau s'applique à des situations connues dans lesquelles les changements sont mineurs.

Le deuxième niveau concerne l'apprentissage de nouvelles compétences professionnelles. Ce niveau s'applique aux nouvelles situations dans lesquelles les réponses existantes doivent être modifiées. Le recours à une expertise externe est un instrument utile dans ce domaine.

Le troisième niveau – apprendre à s'adapter – s'applique à des situations plus dynamiques, dans lesquelles le mode d'apprentissage consiste à expérimenter et à tirer des leçons des succès et des échecs.

Le quatrième et dernier niveau consiste à apprendre à apprendre. Il s'agit plus d'innovation que d'une simple adaptation à celle-ci.

C'est dans ce contexte que les suppositions, les croyances et les perceptions profondément ancrées sont remises en cause et que les hypothèses sont vérifiées. Une organisation qui applique une culture d'apprentissage doit passer par ces étapes pour devenir une organisation apprenante. Étant donné qu'une organisation apprenante est en constante évolution, on la considère plus comme une philosophie que comme un programme. Une organisation apprenante est une conception du développement continu d'une organisation, de ses membres, de ses capacités et de *ses compétences afin d'améliorer ou de créer son propre avenir (Kofman & Senge, 1993).*

L'organisation apprenante est décrite généralement comme permettant l'apprentissage continu de ses acteurs, dans l'objectif d'une vision globale de développement de l'organisation reliant apprentissage individuel et collectif. Elle développe la capacité de l'organisation à se modifier, à s'adapter en permanence.

L'hôpital est un lieu d'apprentissage, de formation et cela n'est pas ici remis en cause. Il est, plus particulièrement pour les CHU, un terrain de recherches et d'expérimentations. Il est également un lieu d'accueil d'étudiants des formations

³¹Peter SENGE- « *La cinquième discipline-levier des organisations apprenantes* »-Eyrolles 2016

paramédicales aux métiers de la santé ainsi que des étudiants en médecine. La réflexion s'attarde plutôt sur la dynamique qui pourrait s'instaurer telle une culture transversale au sein de l'institution et dépasserait la motivation des hommes à transmettre leurs savoirs.

Nous proposons 4 axes majeurs pour favoriser cette dynamique

a/ une dynamique de conscientisation de la décision facilitée par la démarche réflexive

Il s'agit ici d'une volonté institutionnelle répercutée dans les pôles et les unités de soins, de prendre conscience des décisions prises. Les automatismes, s'ils signent une habileté, une compétence, sont vecteurs de routines, d'ennui parfois et également de stagnation et même à certaines occasions d'erreurs. Prendre conscience des décisions prises lors de son exercice professionnel, c'est avancer dans le processus d'autonomisation en pleine conscience, c'est objectiver ce que l'on a écarté, à quoi on a renoncé et pour quelles raisons.

Les médecins sont plus aguerris à cette prise de conscience (réflexion bénéfices-risques, interruption de la réanimation, prescription et stratégie thérapeutique etc) et l'utilisation fréquente d'algorithmes décisionnels dans leurs disciplines respectives est selon nous un véritable vecteur de cette prise de conscience.

L'analyse de pratiques nous semble être un vecteur de cette conscientisation, de même que l'entretien d'explicitation. Une politique de promotion de la démarche réflexive est à mettre en œuvre au sein des établissements de santé. Les soignants prennent des décisions au quotidien qui font appel à une réflexion clinique et mobilisent des savoirs multiples dans des contextes divers. Il est important d'objectiver, d'identifier les ressources mobilisées ainsi que les actions réalisées dans leur rapport à la décision. Cela permet de sortir de l'automatisme et d'accéder à une autre forme de valorisation de l'activité réalisée.

Il semble urgent de s'attarder sur la situation des soignants référents des soins d'hygiène et de confort, qui évoquent une sensation de réaliser des toilettes en série par exemple et témoigne d'une certaine lassitude à l'idée de réaliser les mêmes soins chaque jour. La conscientisation de la décision redonnerait du sens au travail ; l'expertise clinique serait valorisée de même que l'adaptabilité, la créativité. Il n'est pas anodin de dépister un changement dans l'état clinique d'une personne et d'adapter ses pratiques soignantes en fonction par exemple de la fatigabilité ou de l'état respiratoire d'une personne. Cette expertise n'est plus connue et donc reconnue. Yves Clot disait que la reconnaissance au travail venait notamment du fait que l'on se reconnaît dans ce que l'on fait. Nul doute que travailler sur la conscientisation favorise ce processus de reconnaissance et donc alimente le cercle vertueux de la qualité de vie au travail.

L'organisation de groupes d'analyse de pratiques semble être un bon levier, de même que la mise en œuvre d'algorithmes décisionnels co-construits par les soignants sur des domaines qui relèvent de leur rôle propre.

La simulation en santé doit également être développée sur l'ensemble des secteurs de soins et ne pas être trop orientée vers les situations d'urgences comme c'est le cas actuellement. Les techniques de débriefing sont un excellent moyen de conscientisation mais nécessitent d'être menées par des professionnels formés car la simulation est un outil puissant qui mal maîtrisé, peut avoir des effets délétères pour le professionnel qui en bénéficie.

Les cadres de proximité et cadres supérieurs de santé ont un rôle essentiel pour impulser une dynamique de questionnement des pratiques qui pourrait ensuite être reprise par l'équipe de façon autonome. Un travail d'animation de la réflexion est donc à réaliser en proximité, de façon régulière au sein des unités de soins, parfois lors des transmissions où lors des réunions d'équipe. Le questionnement pourrait porter sur des situations singulières et problématiques dans un premier temps et s'articulerait par exemple autour des questions suivantes : Quelle est la situation ? Quels sont les éléments du contexte ? Quelle est la problématique ? Quelles sont les pistes de réflexion et sur quelles références s'appuient-elles ? Quels sont les souhaits de la personne soignée (et/ou de son entourage), ses ressources et son implication ?

Les solutions envisagées et leur niveau de faisabilité incluront la réflexion bénéfices-risques, la réflexion éthique, la participation de l'utilisateur, le cadre juridique ainsi que les ressources à disposition. La décision finale sera le fruit d'une co-construction et les éléments d'évaluation de cette dernière seront envisagés. L'encadrement devrait porter cette dynamique de questionnement pour des situations qui relèvent aussi du rôle propre des soignants. Cette approche ne s'autorise pas ou peu entre les infirmiers et les aides-soignants par exemple alors qu'elle serait porteuse de sens, de bien être au travail et favoriserait la progression individuelle et collective

La culture de l'agir liée à une difficulté de s'émanciper d'une sensation d'omniprésence de la décision médicale sont probablement des éléments d'explication. Le management doit aider à dépasser cela, en évitant les clivages avec les équipes médicales, ce qui est essentiel pour maintenir une prise en soins de qualité. Cette dynamique de questionnement s'élargira naturellement par la suite à la prise en charge pluridisciplinaire, incluant la stratégie thérapeutique et la présence des médecins sera indispensable.

b/ un partenariat formation initiale/formation continue à revisiter

Il est questionnant d'observer les relations entre instituts de formation aux métiers de la santé et établissements de santé tant elles ne dépassent rarement le cadre des cursus de

formation initiale. La négociation des terrains de stage, le travail sur l'accueil des stagiaires et les modalités d'évaluations des stages sont assurés et font l'objet d'une vigilance particulière de la part des instituts. Nous évoquons plutôt l'implication des cadres formateurs dans la vie hospitalière, dans la formation continue. Les méthodes d'analyse réflexive pourraient faire l'objet d'un partage car les IFSI par exemple ont instauré cet aspect de l'apprentissage depuis 2009.

Les étudiants sont recrutés une fois diplômé et aucun continuum dans les apprentissages n'est effectué, hors chaque ancien étudiant arrive avec un bagage, un profil et des compétences connus des formateurs. Ne pourrait-on pas proposer au nouvel agent, avec son accord évidemment, de partir de ce socle pour l'aider à s'autonomiser ?

La compétence pédagogique et d'ingénierie pédagogique des cadres formateurs n'est que très rarement utilisée en France pour aider les établissements à construire leurs plans de formation, à élaborer les cahiers des charges pour les organismes de formation ou même à collaborer avec des unités de soins ou des pôles qui souhaitent mettre en œuvre des programmes de formation interne. Se passer d'une expertise est significatif d'une méconnaissance du travail de l'autre ou d'une volonté de ne pas collaborer. Certains établissements laissent reposer sur les épaules d'un agent administratif, la proposition aux agents de contenus de formation, l'élaboration du cahier des charges pour la mise en œuvre de formations internes. C'est certes autonomisant pour l'agent mais pas optimal en termes de résultats obtenus à titre individuel et institutionnel. Les formations internes ne font pas l'objet d'un suivi suffisamment précis : de leur pertinence, des méthodes pédagogiques et de la qualité des prestations. Un simple questionnaire de satisfaction ne peut suffire à évaluer une formation lorsqu'on en connaît le coût mais également lorsque l'on considère les choix qui ont été réalisés et par conséquent les thématiques de formation non retenues. La formation continue et initiale pourrait être portée par le même directeur des soins qui assurerait, en partenariat avec la DRH et la direction des soins de gestion, une continuité des apprentissages tout au long du parcours professionnel et de formation. La réflexion au sein du GHT est un outil qui pourrait permettre de réduire l'écart entre formation initiale et continue si les acteurs en ont la volonté.

La thématique du réinvestissement de la formation est un sujet incontournable à aborder et à manager. Il est à l'heure actuelle bien trop faible, l'agent formé n'est pas suffisamment engagé, responsabilisé et valorisé dans un rôle de partage des informations obtenues et des compétences développées en formation. Les équipes ne grandissent pas assez de ces apports individuels qui au final ne nourrissent que trop peu le collectif.

C/ une dynamique institutionnelle de partage des savoirs

L'autonomisation est en lien avec la motivation et les compétences. Il s'agit ici de travailler sur les savoirs et le partage de ces savoirs. La collaboration entre médecins et soignants et un espace d'échanges et d'apprentissages qui s'est appauvri ces dernières années. Le dossier patient informatisé a sécurisé les pratiques mais a parfois éloigné les hommes. Le tour médical est réalisé de plus en plus régulièrement sans soignant qui accompagne le médecin pour co-construire les stratégies thérapeutiques. S'il n'y a plus de projet thérapeutique médico-soignant co-décidé à un niveau micro, il pourrait être difficile de voir le projet médico-soignant d'établissement et qui plus est de territoire, prendre sens. Certes, dans la réalité le soignant a un espace décisionnel restreint pour cet aspect de son activité mais il porte la voix de l'équipe et de ses observations cliniques, il se positionne quant aux possibles, au réalisable. Il bénéficie en échangeant avec le médecin, d'un enrichissement professionnel mutuel et peut obtenir des réponses éclairantes qui donneront du sens à sa pratique. Il ne s'agit pas de nostalgie mais d'un constat d'une modification des organisations qui a impacté plus que nous ne pouvions le penser la capacité d'autonomisation des soignants. Une approche par le management clinique que nous aborderons ultérieurement peut apporter une forme de compensation de cette perte même si la présence active au « tour » médical associée à une posture de partage et d'échange des acteurs nous semble être un apport très professionnalisant.

La dynamique de partage des savoirs doit dépasser l'individu et devenir institutionnelle. Abordée en CME, en CSIRMT, en réunion d'encadrement, elle doit être associée à une formation à la pédagogie car il ne suffit pas d'être volontaire pour être performant dans ce domaine. La question du comment transmettre doit être accompagnée d'humilité par les experts scientifiques.

Les présentations médicales ou paramédicales de type symposium doivent faire l'objet de communications afin d'en faciliter la connaissance, l'accessibilité et valoriser ainsi le contenu, les intervenants et par conséquent, alimenter une dynamique s'appuyant sur une transversalité.

d/ une limitation du turn over, une polyvalence réfléchie et enrichissante

Les soignants le verbalisent lors des entretiens. Le turn over pourrait fragiliser certains agents dans leurs capacités à s'autonomiser. Dans la mesure où le tutorat du nouvel arrivant sur plusieurs jours est devenu rare et dans la mesure où l'on fait parfois l'erreur à notre sens de nier les profils et d'affecter un diplôme plutôt qu'une personne avec un parcours, des compétences et des appétences professionnelles ; il semble important de prendre en considération l'impact du turn over.

Il faut étudier les causes de ce turn over et y remédier s'il s'agit de dysfonctionnements. Il s'agit d'un travail de diagnostic à mener avec l'ensemble des acteurs y compris médicaux et de direction, de même que les actions qui seront mises en œuvre seront à co-construire.

Une politique de fidélisation et d'attractivité devra être élaborée. Elle passera notamment par un travail sur la fierté des soignants pour ce qu'ils font, sur la reconnaissance de l'identité groupale, de la spécificité des actions menées mais aussi par une réflexion sur le recrutement, la GPMC, etc...

La polyvalence des soignants est à ce jour en expansion, notamment au travers des réflexions polaires de mutualisation de ressources qui, si elles font sens sur un plan économique, doivent questionner les managers sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins dispensés. La constitution des pôles ne permet pas toujours de trouver un continuum de prise en soins, une logique de parcours et donc de compétences soignantes et c'est à cet endroit que peuvent se situer les zones de vulnérabilité. La bi-valence accompagnée semble préférable afin de conserver un sentiment d'appartenance, un investissement et une progression vers l'expertise. La qualité du soin prestée est en relation avec les organisations, les ressources mais aussi avec les compétences soignantes individuelles et collectives. Une politique de remplacement associée à une volonté de maintenir le niveau de prestation de soins doit être portée par la direction des soins conjointement avec la DRH.

Une cartographie des compétences soignantes est à réaliser par chaque unité, chaque pôle. Un programme de développement des compétences attendues et à élaborer au sein des équipes où les acteurs seront responsabilisés et valorisés au travers de ce travail. Le directeur des soins impulse cette dynamique où s'articule recrutement-affectation-développement des compétences-évaluation et formations ; il travaille avec la DRH et l'encadrement pour harmoniser et fluidifier ce processus.

Afin de faciliter les évolutions proposées, visant à faire évoluer l'hôpital en organisation apprenante, la mise en œuvre d'un schéma managérial visant l'autonomisation des acteurs semble incontournable

4.2 LE PROCESSUS D'AUTONOMISATION PORTE INSTITUTIONNELLEMENT PAR LE SCHEMA MANAGERIAL

Ce schéma, élaboré et soutenu par l'équipe de direction détermine la politique managériale et doit notamment permettre de clarifier le positionnement de l'encadrement à tous ses niveaux hiérarchiques mais aussi d'interroger les valeurs managériales, de donner

un cap et les moyens pour y parvenir. Nous préconisons 3 axes que nous souhaiterions défendre au sein du projet managérial.

a/ Le déploiement d'un management responsabilisant

Le management responsabilisant doit avoir la capacité à faire naître chez l'autre des capacités. La notion d'entreprise libérée pourrait être adaptée et nous pourrions évoquer plutôt une « organisation libérée » car le terme nous semble plus conforme au domaine professionnel étudié. Cette organisation viserait à faire émerger et à valoriser les potentiels mais aussi et surtout à accélérer et fluidifier le processus décisionnel.

La subsidiarité recherchée dans un esprit NPM mais également en accord avec les théories du Lean management permettrait de proposer des actions, des réponses aux problématiques en adéquation avec les attentes et les préoccupations des acteurs concernés. Une vision transversale restera indispensable et si elle est à ce jour portée par l'équipe de direction au sein des établissements de santé, il est indispensable d'acculturer les acteurs à cette vision institutionnelle car elle donne du sens au travail, elle évite l'individualisme et le repli sur soi, les logiques « en tuyaux d'orgue ». La délégation aux pôles est un exemple de cette dynamique et celle-ci doit s'étendre aux équipes, aux individus. Le directeur des soins impulse cette politique dans un esprit de partage et d'acceptation de la modification de son périmètre décisionnel. Aider les autres à grandir, c'est grandir soi-même et nous défendons ce positionnement. Ce processus nécessite un esprit de loyauté et un rapport de confiance, une volonté de décloisonnement et de transparence mais aussi une légitimité institutionnelle pour le directeur des soins à assurer une fonction d'évaluation ou de remise en question des pratiques et des organisations. C'est à dire une reconnaissance de la part du directeur général pour ces missions qui doivent s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité et non de défense de territoire ou d'enjeux de pouvoir.

La question de l'équilibre contribution/rétribution qui est un facteur essentiel du bien-être au travail fera également l'objet de réflexion puisque les individus et les équipes pourraient envisager la situation comme une surcharge de travail, un désengagement des niveaux hiérarchiques supérieurs. Une démarche pédagogique portée avec authenticité et visant à expliciter aux acteurs leurs bénéfices professionnels sera indispensable.

L'autonomie doit entrer dans les critères d'accompagnement des nouveaux arrivants mais aussi dans les critères d'évaluation des agents. Il est indispensable au préalable que la direction des soins travaille avec l'encadrement sur l'appropriation du concept d'autonomie et de son évaluation. Chaque secteur d'activité doit avec les experts, définir les critères, les étapes de l'autonomisation pour les différentes activités.

La responsabilisation, si elle est dépendante d'une politique institutionnelle, peut s'appuyer sur des modes managériaux favorisants et notamment le management clinique.

b/La promotion du management clinique

Le processus d'autonomisation peut se nourrir du raisonnement clinique partagé et du travail pluridisciplinaire nécessaire pour faire vivre ce raisonnement. La mise en œuvre de chemins cliniques, de protocoles, d'algorithmes décisionnels viendra matérialiser une réflexion partagée sur les prises en soins et sur le rôle et la latitude décisionnelle des soignants. Ce travail qui s'appuie sur une mise à niveau scientifique et juridique des acteurs au regard des recommandations existantes aura un impact sur le travail collectif, la capacité à se positionner comme un maillon d'une chaîne.

Les soignants n'ont à ce jour pas suffisamment personnalisé leur approche du soin en rapport avec les différentes écoles de pensée. Il serait profitable de travailler collectivement les modèles proposés par les différentes écoles et d'en identifier les spécificités, les intérêts.

Il y a en effet, une difficulté à se positionner par rapport à une approche conceptuelle et l'on observe plutôt des approches culturelles, des habits. Des reproductions et des mimétismes qui facilitent l'intégration mais affaiblissent la capacité à prendre des décisions.

Nous pourrions faire le parallèle avec les secteurs de soins en psychiatrie où les obédiences ont culturellement une plus grande place et donnent une identité au soin, à l'équipe et au soignant.(Thérapies cognitivo comportementales, la psychanalyse, programmation neuro linguistique, l'analyse transactionnelle, la gestalt).

L'identité professionnelle, l'identité groupale sont des facteurs de reconnaissance, de positionnement et donc d'autonomisation. Quel soignant je suis, en référence à quels modèles et pour quelles raisons ? Il est du rôle du directeur des soins de promouvoir ce questionnement.

Enfin, le management clinique ne peut trouver son sens que si chacun connaît le domaine de compétences de ses collaborateurs et pour ce faire, nous proposons que les métiers et missions soient connus et présentés. Il n'est pas logique qu'un prescripteur ne connaisse pas précisément le champ d'actions des professionnels qui vont mettre en œuvre ses prescriptions.

c/Un équilibre confiance évaluation contractualisé et porteur de QVT

L'autonomie, en lien avec la responsabilisation pourra s'exercer pleinement, selon nous, dans un rapport confiance-évaluation équilibré et contractualisé.

L'agent, l'équipe, les pôles autonomes ont tout intérêt à s'engager dans la promotion de l'évaluation. Cette évaluation est un repère, permet de fixer des objectifs de progression. Elle est vectrice de reconnaissance et également de respect du cadre de fonctionnement. L'évaluation est un élément incontournable de toutes démarches d'amélioration de la qualité. De façon concomitante, une dynamique d'autoévaluation doit être instaurée par le management car celle-ci est vectrice de réflexivité, de performance, de progression et de satisfaction au travail grâce à la prise de conscience de la qualité prestée. Au-delà de l'aspect ponctuel des certifications minoré depuis l'existence du compte qualité, il semble indispensable de s'engager dans une continuité de l'évaluation. Le management doit donc informer, expliciter aux agents l'intérêt de cette démarche.

La culture de la déclaration associée à la politique de non-sanction sont des opportunités managériales de libérer l'autonomie et la prise d'initiative sans pour autant déresponsabiliser les acteurs.

Les actions menées dans le cadre de la gestion des risques à postériori (RMM,RETEX, etc..) sont à intégrer dans la dynamique d'évaluation des pratiques et la participation des acteurs est souhaitée afin de diminuer les risques pour les situations futures.

CONCLUSION

Dans un contexte de réorganisations territoriales, de recompositions de l'offre de soins ; l'acteur en santé est confronté aux changements et aux inquiétudes qui l'accompagnent. Alors que la qualité de vie au travail est une préoccupation des pouvoirs publics ; la question de l'impact sur le bien être au travail est légitime.

L'autonomie, qui permet de mieux s'adapter aux évolutions, de prendre des décisions, des initiatives et de s'impliquer positivement dans ces perspectives d'instabilités serait un élément à développer pour mieux traverser les périodes à venir. Inscrite dans les fondements du Nouveau Management Public et dans les théories du Lean Management, l'autonomie des structures et des acteurs est un vecteur de performance et d'efficience d'un système qui fait de la subsidiarité , un de ses principes fondamentaux.

Comment s'autonomiser au sein d'un système ? Comment évaluer l'autonomie ? Comment favoriser le processus d'autonomisation ? , ces questions ont nourri la réflexion dans un positionnement de directeur des soins qui vise l'amélioration de la qualité du service rendu à la population accueillie ainsi que le développement de la QVT .

Initialement, la volonté de regarder le processus d'autonomisation par le prisme de la permanence de l'encadrement était liée à des observations professionnelles qui avaient suscité la réflexion, le questionnement. Au regard du travail effectué et du retour des 16 personnes interviewées, il a semblé nécessaire de considérer le processus d'autonomisation des soignants de façon plus transversale, plus systémique.

Peu revendiquée par des soignants probablement acculturés au positionnement d'auxiliaires médicaux, l'autonomie est par contre demandée par les managers qui souhaitent voir leur périmètre décisionnel élargi. Le processus d'autonomisation est malgré tout à encourager, à faciliter et à accompagner tant sur le plan des organisations (les pôles d'activité) que des individus. En s'appuyant sur un schéma managérial visant la responsabilisation ainsi que sur une volonté de repenser l'hôpital en organisation apprenante, les équipes de direction des établissements hospitaliers pourront mener une politique institutionnelle cohérente pour cette thématique et impliquer les acteurs.

Cette cohérence devra être recherchée par le directeur des soins qui dans ses activités de management stratégique devra permettre à toute la ligne managériale de promouvoir le processus d'autonomisation, qu'il s'agisse du sien ou de celui des soignants. L'établissement devra également porter cette volonté dans les filières

Le président de la CME et les médecins chefs de pôle seront des partenaires incontournables de ce processus qui leur permettra ultérieurement d'exercer dans des conditions plus sécurisantes avec des partenaires plus performants. Le directeur des soins a un rôle pédagogique essentiel pour éviter les résistances et permettre ainsi aux soignants de

s'engager pleinement. Un processus d'autonomisation qui ne concernerait que le rôle propre des soignants n'atteindrait pas sa plénitude.

Autonomiser, permettre la capacité décisionnelle est essentiel pour répondre aux défis et aux évolutions de notre système de santé tels que les coopérations professionnelles, la fluidification des parcours de soins, l'amélioration du lien ville /hôpital.

Dans un esprit de management durable, le processus d'autonomisation est porteur de sens et de QVT et doit retenir l'attention des directeurs des soins, cependant on ne décrète pas l'autonomie de l'autre, ce qui serait une injonction paradoxale. Il faut donc permettre à autrui de comprendre l'intérêt de s'engager dans le processus et lui donner les moyens nécessaires pour le faire. La question du management participatif est centrale car l'illusion de la participation est trop souvent constatée et constitue un énorme frein au processus d'autonomisation. Les marges de manœuvre des acteurs doivent être connues de chacun, de même que les contraintes, que les objectifs à atteindre. C'est dans un espace authentique de partage que l'on peut pérenniser la volonté et la capacité de progresser tout au long du parcours professionnel. Dans une conception d'un management durable, faire vivre ce processus est un moyen indispensable à nos yeux pour fidéliser les soignants, leur permettre de conserver de l'intérêt au travail et diminuer l'absentéisme en actionnant le levier de la QVT. Le concept d'hôpital attractif suit ce mouvement et semble être un cap à suivre pour les établissements et leur directeur des soins dans cette promotion du processus d'autonomisation des soignants qui représente une réelle opportunité managériale.

Bibliographie :

TEXTES LEGISLATIFS

- Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé , aux patients et aux territoires (Loi HPST)

OUVRAGES

- BALLE M-BEAUVALLET G, 2016, Le Lean management, édition PEARSON
- CARLIER A, 2016, Le management des projets collaboratifs-construire, développer, mettre en œuvre, AFNOR éditions
- REYRE G, 2004, Du courage d'être manager-Editions liaisons
- BERTRAND E –CARIAT I, 2017, Empowerment, le pouvoir d'agir des chefs de service en action sociale et médico-sociale, Editions DUNOD
- BOUVILLE G-TREMPE C, 2015, La mise en place du Lean management » performance et innovation dans les établissements de santé-in -2015 paris Dunod
- BARTOLI.A, 2009, Management dans les organisations publiques, 3ieme édit, Dunod
- AMAR - BERTHIER, 2007 le nouveau management public: Avantages et limites, RECEMAP
- DESFONTAINES S- MONTIER S, 2012, Les clés de l'autonomie-modèles et processus d'accompagnement, Eyrolles 2012
- TISSIER D, 2001, Management situationnel, Vers l'autonomie et la responsabilisation, INSEP CONSULTING Editions
- SENGE P- 2016, La cinquième discipline-levier des organisations apprenantes ,Eyrolles 2016

REVUES ET ARTICLES

- X.MESNARD et JC TARONDEAU, Utiliser l'audit par benchmarking pour améliorer les performances, *Revue française de gestion*, 2003/6 n°147,
- ANACT-2016 Travail et changement « qualité de vie au travail dans les établissements de santé, l'enjeu de la qualité des soins »
- EVERAERE c, « Proposition d'un outil d'évaluation de l'autonomie dans le travail », *Revue française de gestion* 2007/11 (n° 180)

RAPPORTS ET MANUELS

- Manuel de certification HAS –V2014
- HAS-ANACT 10 questions sur la qualité de vie au travail

THESES ET MEMOIRES

- ALEXANDRE-BAILLY F,2001 –Thèse de doctorat en sciences de gestion- L'autonomie des individus dans l'entreprise : essai de conceptualisation et regard sur les pratiques.
- MARIE MP,2004-Mémoire ENSP Directeur des soins- Vers une définition de la permanence des cadres de santé infirmiers
- BARTOCINEK, 2008-Mémoire EHESP Directeur des soins-La permanence des équipes d'encadrement de nuit dans les CHU, quels enjeux pour le directeur des soins

SITES INTERNET

- www.cnam.fr- Yvon PESQUEUX « le nouveau management public »
- <http://www.has-sante.fr> « qualité-de-vie-au-travail-dans-la-certification-v2014 »
- www.anact.fr
- www.irdes.fr

ANNEXES

1 ERE SERIE DE GRILLES D'ENTRETIEN (établissement avec équipe d'encadrement de nuit)

Directeur des soins

- 1- Comment s'organise le management de l'équipe d'encadrement de nuit ?

Relance : comment sont élaborées leur missions et dans quelles mesures sont elles en lien avec les attentes des agents, attendez-vous des compétences spécifiques pour un cadre de nuit ? Quel est le profil de vos cadres de nuit ?

- 2- Quelle est la plus value de la présence d'un encadrement de nuit?

Relance (existerait t'il une moins value ? si oui laquelle)

- 3- Quelle influence pourrait avoir selon vous, la présence d'un encadrement de nuit sur le processus d'autonomisation des agents ?
- 4- Quels sont les éléments qui favoriseraient ou freineraient selon vous le processus d'autonomisation des agents
- 5- Quels sont les moyens à disposition d'un DS pour promouvoir l'autonomie des agents ?

Directeur général :

- 1- Pour quelles raisons avez-vous instauré ou maintenez vous une équipe d'encadrement de nuit ?
- 2- Quelle influence pourrait avoir selon vous, la présence d'un encadrement de nuit sur le processus d'autonomisation des agents ?
- 3- Quels sont les éléments qui favoriseraient ou freineraient selon vous le processus d'autonomisation des agents
- 4- Quels sont les moyens à disposition d'un DG pour promouvoir l'autonomie des agents ?

Cadre de nuit

- 1- Pouvez-vous me décrire l'organisation de la permanence de l'encadrement dans votre institution ?

2- Quelle est la plus value de la présence de cadres de nuit dans votre institution ?(existerait-il une moins value, si oui laquelle ?)

3- Comment s'organise le management de l'équipe d'encadrement de nuit ?

Relance : comment sont élaborées vos missions et dans quelles mesures sont- elles en lien avec les attentes des agents, développez -vous des compétences spécifiques lors de votre exercice professionnel de cadre de nuit ?

4- Quels sont les éléments qui favoriseraient ou freineraient selon vous le processus d'autonomisation des agents

5- Quels sont les moyens à disposition d'un cadre de nuit pour promouvoir l'autonomie des agents ?

Agent

1- Quel est l'intérêt pour vous de la présence d'encadrement de nuit ?

Relance : après avoir évoqué l'intérêt, voyez-vous un inconvénient à la présence de l'encadrement de nuit

2- Pensez-vous avoir de l'autonomie sur votre poste de travail ?

Pouvez-vous décrire les domaines ou des situations où vous estimez avoir une certaine autonomie

3- Quels sont les moyens qui permettraient de favoriser votre processus d'autonomisation ?

2^{ème} SERIE DE GRILLE D'ENTRETIEN (établissement n'ayant pas instauré d'équipe d'encadrement de nuit)

Directeur des soins

- 1- Vous n'avez pas actuellement d'équipe d'encadrement de nuit, quel dispositif alternatif est instauré ?
- 2- Quelle serait l'impact, au sens de la plus value ou de la moins value de la présence d'un encadrement de nuit?
- 3- Quelle influence pourrait avoir selon vous, la présence d'un encadrement de nuit sur le processus d'autonomisation des agents ?
- 4- Quels sont les éléments qui favoriseraient ou freineraient selon vous le processus d'autonomisation des agents
- 5- Quels sont les moyens à disposition d'un DS pour promouvoir l'autonomie des agents ?

Directeur général :

- 1- Pour quelles raisons avez-vous instauré ou maintenez vous une équipe d'encadrement de nuit ?
- 2- quelle influence pourrait avoir selon vous, la présence d'un encadrement de nuit sur le processus d'autonomisation des agents ?
- 3- quels sont les éléments qui favoriseraient ou freineraient selon vous le processus d'autonomisation des agents
- 4- quels sont les moyens à disposition d'un DG pour promouvoir l'autonomie des agents ?

Agent

- 1- Quel serait l'intérêt pour vous de la présence d'encadrement de nuit ?

Relance : après avoir évoqué l'intérêt, voyez-vous un inconvénient à la présence de l'encadrement de nuit

- 2- Pensez vous avoir de l'autonomie sur votre poste de travail ?

Pouvez-vous décrire les domaines ou des situations où vous estimez avoir une certaine autonomie

- 3- Quels sont les éléments qui selon vous, favoriseraient ou freineraient le processus d'autonomisation des soignants ?

BACHELLEZ	CEDRIC	DECEMBRE 2017
DIRECTEUR DES SOINS promotion 2017		
LE DIRECTEUR DES SOINS ET LE PROCESSUS D'AUTONOMISATION DES SOIGNANTS UNE OPPORTUNITE MANAGERIALE		
<p>Résumé :</p> <p>Dans un contexte de réorganisations territoriales et de recompositions de l'offre de soins, l'acteur en santé est confronté aux changements et aux inquiétudes qui l'accompagnent. Alors que la qualité de vie au travail est une préoccupation des pouvoirs publics , la question de l'impact sur le bien être au travail est légitime et amène les directeurs des soins à envisager des leviers afin de traverser ces évolutions plus sereinement.</p> <p>L'autonomie, qui permet de mieux s'adapter, de prendre des décisions, des initiatives et de s'impliquer positivement dans ces perspectives d'instabilité serait un élément à développer pour mieux traverser les périodes à venir. Vecteur de performance et de qualité de vie au travail, cette capacité à agir, décider, innover est un véritable axe de réflexion pour les managers hospitaliers .Ce travail a cherché à savoir en quoi le directeur des soins pouvait promouvoir l'autonomisation des soignants. En s'appuyant sur le témoignage de 16 professionnels ,il a permis d'envisager dans un premier temps l'autonomie des soignants au travers du prisme de la permanence d'encadrement. L'enquête a permis ensuite d'identifier les déterminants du processus d'autonomisation des soignants ainsi que les représentations et attentes des acteurs à leurs différents niveaux de responsabilité. En s'appuyant sur un schéma managérial responsabilisant, l'hôpital a la capacité de devenir une organisation apprenante qui proposera un contexte favorable à l'autonomisation des soignants parfois freinés par la culture métier d'auxiliaires médicaux. Le management clinique associé à une volonté de promouvoir le management participatif seront les clés de voûte d'un élan institutionnel qui devrait permettre de donner du sens au travail, de favoriser le maintien et le développement des ressources et des compétences dans une perspective de management durable.</p>		
<p>Mots clés: autonomie, qualité de vie au travail, directeur des soins , empowerment, organisation apprenante, culture métier, évaluation, schéma managérial</p>		
<p>L'école des hautes études n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</p>		